

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LE TREMBLEMENT DES CORDES VOCALES ET LES
TROUBLES DE LA PHONATION DANS LA SCLÉ-
ROSE EN PLAQUES,

Par M. J. COLLET, interne des hôpitaux de Lyon.

Les troubles de la parole dans la sclérose en plaques ont depuis longtemps préoccupé les cliniciens et figurent au nombre des signes les plus caractéristiques de cette affection. On les a rapportés en grande partie aux oscillations de la tête, au tremblement des lèvres et de la langue, en somme aux organes qui servent à l'articulation des mots, plutôt qu'à l'organe phonateur lui-même.

« La parole, dit Vulpian dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux* (1886), est modifiée : elle est scandée, chaque syllabe étant lancée brusquement et séparée de la précédente par un court intervalle. Il y a souvent une pause entre les mots successivement articulés, et il peut y avoir une oscillation de la tête à chaque émission vocale. D'ailleurs, c'est surtout lorsque la tête participe aux phénomènes de tremblement que l'on observe ces modifications de la parole. J'ajoute que la voix est fréquemment affaiblie et que toute modulation de la parole peut avoir disparu. » Vulpian décrit ensuite le tremblement de la langue et ajoute que les mouvements des lèvres semblent paresseux, difficiles.

M. Hallopeau, dans sa thèse sur les paralysies bulbaires (*agrégation*, 1883), signale aussi l'affaiblissement de la phonation.

Les diverses altérations de la parole dans la sclérose en plaques ont été généralement imputées à la parésie de l'hypoglosse, et cette hypothèse a reçu sa confirmation anatomique depuis que Joffroy a trouvé à l'autopsie des lésions au niveau du noyau d'origine de la x^{n^e} paire (1). Par contre, le départ entre les phénomènes purement laryngés et ceux qui ressortissent à un trouble de l'articulation des mots est loin d'être complètement effectué. Les troubles de la phonation dans la sclérose en plaques ont été étudiés sur quelques malades seulement. Plus rares encore sont les cas où l'examen laryngoscopique a été pratiqué : c'est une observation de ce dernier genre que nous allons relater ici. Nous avons eu, en effet, la bonne fortune de trouver dans le service de notre maître, M. Garel, un malade qu'il observe depuis cinq ans et dont il a bien voulu nous charger de publier l'histoire. Cette observation, précédée de l'exposé de quelques recherches bibliographiques que le cas nous a suggérées, fera l'objet de la présente note.

Les seuls documents que nous ayons pu recueillir sont d'origine allemande. Nous avons trouvé les renseignements les plus complets dans deux ouvrages où sont étudiées les affections du larynx dans leurs rapports avec les maladies générales : celui de Lœri (1888) et celui de Gottstein (1888) (2). Nous aurons à leur faire de larges emprunts.

ERB (*Traité des maladies du système nerveux*, 2^e partie) insiste sur la faiblesse et la monotonie de la voix. Le rire et les pleurs sont interrompus par des inspirations bruyantes, caractéristiques. Dans un cas il a trouvé, à côté de la monotonie et alternant avec elle, un phénomène tout contraire, une croissance rythmique, régulière, de la hauteur du son, en intervalles musicaux parfaitement déterminés (par exemple une tierce). Nous aurons à revenir sur ce curieux phénomène et les explications dont il a été l'objet.

SCHULE (3) a trouvé dans un cas le ton de la voix uniforme,

(1) Société de biologie, 1869.

(2) GOTSTEIN. *Die in Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems, stehenden Kehlkopfaffectionen*, 1888.

(3) SCHULE. *Deutsches Archiv für Klinische medicin.*, 1870 et 1871.

donnant légèrement dans le fausset ; dans un autre cas, la parole était difficile, monotone.

Nous devons à LEUBE (1) trois observations de sclérose en plaques avec troubles de la phonation ; l'une d'entre elles est la première où l'examen laryngoscopique ait été pratiqué. Nous abrègerons considérablement ces observations pour ne citer que ce qui a trait à l'état du larynx.

Obs. I. Christophe Stadelman, boucher, 37 ans. Les mots sont plutôt poussés, expulsés, que prononcés. Chaque syllabe est séparée de la suivante par une courte pause. La voix est toujours à la même hauteur et semble incapable de toute modulation. Pour les motifs les plus insignifiants, le malade est pris de rire ou de pleurs, suivis d'une *inspiration éciatante, toute particulière*. L'autopsie montra une sclérose en plaques disséminées.

Obs. II. La voix était analogue à celle du malade précédent. Même monotonie, même brusquerie dans l'émission des mots.

Obs. III. La parole est de hauteur moyenne, presque monotone (elle ne comprend pas plus de 3 tons). Les mots sont *expulsés* lentement, syllabe par syllabe, avec un court intervalle toutes les deux syllabes. Chez ce malade, la langue ne tremblait pas ; le patient la tirait parfaitement et la plaçait dans toutes les positions qu'on lui commandait.

A l'examen laryngoscopique on constate que les cordes vocales peuvent parfaitement se juxtaposer ; mais la glotte ne reste pas longtemps fermée : elle présente des alternatives de tension et de relâchement.

Le malade donnait facilement les tons bas, parce qu'ils exigent une moindre tension. Si on le faisait passer du *piano* au *forté*, la tonalité s'élevait régulièrement.

Enfin, on observait quelquefois un brusque changement de la tonalité.

Nous nous contentons d'énumérer ces divers phénomènes, nous réservant de tenter plus loin leur interprétation. Nous appellerons seulement l'attention sur les troubles fonctionnels des muscles du larynx concordant avec la parole scandée alors qu'il y avait intégrité parfaite des mouvements de la langue.

LEUBI relate dans son livre quatre observations de sclé-

(1) LEUBE. *Idem*.

rose en plaques avec examen laryngoscopique. En raison de leur intérêt on nous permettra de nous y étendre davantage.

Chez ses deux premiers malades (hommes de 28 à 34 ans) Lœri a constaté une « légère parésie des deux cordes vocales, de telle sorte qu'il restait entre elles pendant la phonation une fente ne mesurant pas plus d'un millimètre à son endroit le plus large, ou même moins encore ». Les cordes vocales furent-elles plus tard paralysées? Lœri l'ignore; mais l'état est resté stationnaire aussi longtemps qu'il a pu observer ces malades. De plus, ces deux malades présentaient un symptôme commun, le ralentissement de l'action des muscles du larynx, c'est-à-dire qu'entre le moment où les cordes vocales prenaient la position connue depuis Czermak pour l'émission du son, et le moment où ce son était émis, il s'écoulait un temps plus long que chez un individu sain.

« Priais-je le malade, dit Lœri, de tenir une note aussi longtemps que je le faisais moi-même, il la tenait pendant cinq à six secondes; plus tard, quand il fut un peu éduqué, jusqu'à dix à douze secondes, après quoi il faisait un mouvement d'inspiration. Il ne pouvait pas tenir la note plus longtemps. Lorsque je le priais de tenir la note plus longtemps encore en employant toute son énergie, il la tenait de quatorze à vingt secondes, après quoi il faisait une brusque et bruyante inspiration qui montrait à son début des mouvements oscillants des cordes vocales, ou (pour employer la nomenclature admise pour les autres nerfs du corps) un *tremblement intentionnel* des cordes vocales. »

Lorsqu'on priait le malade d'émettre une note, on voyait se produire, au moment de la fermeture de la glotte, de légers mouvements oscillants des cordes vocales, analogues à ceux qu'elles présentaient au moment de l'ouverture. Ces oscillations ressemblaient à de très petites secousses fibrillaires. La fermeture, relativement complète, des cordes vocales, et le son un peu rauque qui lui succédait, arrivaient toujours plus tard que chez un individu sain.

Si on faisait rire le malade, les alternatives d'ouverture et de fermeture de la glotte ne se succédaient pas aussi rapide

ment que chez un individu normal, et le malade ne pouvait pas continuer longtemps cet exercice. Qu'il s'efforçât de rire ou bien qu'il rît sans effort, sous la seule influence d'une cause provoquant le rire, l'inspiration éclatante, signalée déjà, manquait rarement.

Cette inspiration bruyante se produisait souvent quand on ordonnait au malade d'inspirer rapidement et profondément. Le priait-on, au contraire, d'inspirer et d'expirer lentement, on assistait alors au mécanisme respiratoire du larynx normal (écartement inspiratoire, rapprochement expiratoire des cordes), avec moins d'ampleur toutefois que chez un homme sain.

Ordonnait-on au malade de chanter une gamme, ou seulement d'émettre deux ou trois sons de plus en plus hauts ou de plus en plus bas, il le faisait beaucoup moins rapidement qu'un individu normal, et tout son registre consistait en une paire de sons rauques ou guère plus.

Il nous paraît inutile d'insister sur l'importance de cette observation de Lœri, qui confirme les faits signalés par les auteurs précédents et montre chez deux malades des symptômes à peu près identiques. L'observation personnelle que nous donnons plus loin est conforme à celle-ci et n'en diffère que par quelques points de détail. Quoique Leube ait vu chez son troisième malade des alternatives de tension et de relâchement, c'est à Lœri, croyons-nous, que revient le mérite d'avoir le premier nettement décrit le tremblement des cordes vocales et de l'avoir assimilé au *tremblement intentionnel* des membres.

Chez une autre malade de Lœri les choses se sont passées d'une manière toute différente. Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans au début de la maladie. Un an après le premier symptôme (difficulté d'écrire de la main droite), survint une légère raucité de la voix. Au laryngoscope, légère parésie de la corde vocale gauche, qui, progressant rapidement dans le courant de l'année, aboutit à une paralysie complète des constricteurs et dilatateurs de ce côté, avec voix de crécelle fortement accusée, mais jamais voix monotone. Dans le cours de l'année suivante, paralysie de la moitié gauche du

pharynx, en même temps qu'un fort tremblement intentionnel dans divers muscles volontaires et du nystagmus faisaient leur apparition. Trois ans après, à la suite d'une attaque apoplectiforme, anesthésie subite de la moitié gauche du larynx et du pharynx. La mort arriva après paralysie du membre inférieur droit avec contracture, paralysie de la vessie et des sphincters, eschares, etc.

En somme, dans cette observation il s'agit de troubles sensitifs et moteurs du larynx, ces derniers se traduisant par une véritable hémiplégie laryngienne. Nous voyons ici que le tremblement des cordes, d'une part, et d'autre part, le tremblement intentionnel des membres et le nystagmus ne sont pas dans un rapport forcé, puisque la corde gauche était simplement paralysée, et ne présentait pas de tremblement comme dans les deux cas précités de Lœri.

Le quatrième malade de Lœri (âgé de 46 ans quand la maladie a débuté, et qu'il a pu suivre pendant plus de six ans) a présenté plusieurs attaques apoplectiformes. Après ces attaques on observait des paralysies diverses, pharyngées et laryngées entre autres, du nystagmus, etc. Ainsi il y a eu successivement hémiplégie gauche du larynx, guérison relative, puis paralysie et anesthésie bilatérales du pharynx et du larynx après une nouvelle attaque. Au laryngoscope les cordes vocales se rapprochaient très peu dans les essais de phonation ; le malade pouvait émettre les voyelles a et é, mais il y avait anarthrie absolue et aphonie. Au moment où Lœri a publié son livre, l'état du malade était stationnaire. Il reste un doute à la lecture de cette observation, aussi ne la rapportons-nous pas en détail : par exemple, le tremblement intentionnel des membres ne s'est jamais montré, et il est fort probable qu'il ne s'agit pas d'une sclérose en plaques.

Il nous reste maintenant, après ce résumé de nos recherches bibliographiques, à exposer l'histoire du malade de M. Garel, que nous avons pu examiner plusieurs fois dans son service :

Grumel (Claude), cultivateur, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 8 décembre 1886.

Son père est mort à 50 ans, sa mère à 80 ans, de maladies indéterminées. Un frère bien portant. Un frère mort à 22 ans d'accident; un autre frère mort pendant son service militaire.

Ni scrofule ni syphilis. Pas d'alcoolisme.

Il y a 10 ans, auraient apparu des douleurs dans le cou; ce torticollis n'aurait disparu que depuis deux ans.

L'affection actuelle a débuté il y a 18 mois; les premiers troubles se seraient manifestés dans le membre supérieur droit, qui aurait été le siège de douleurs très vives. La paraplégie n'est bien marquée que depuis 15 jours.

Actuellement le malade chancelle, quand il se tient debout, s'il n'élargit pas considérablement sa base de sustentation.

L'occlusion des yeux n'augmente pas manifestement la difficulté de se tenir debout. Il se produit parfois, au dire du malade, des contractures dans les muscles des membres inférieurs, surtout dans les mollets; mais à l'examen, ceux-ci, comme tous les autres muscles, ont la flaccidité normale.

Les réflexes rotuliens sont manifestement exagérés, surtout à droite. Réflexes plantaire et crémasterien à peu près normaux. On ne peut produire l'épilepsie spinale.

Un peu de tremblement des membres supérieurs quand le malade étend les bras en avant, les doigts écartés, et quand il porte un objet à sa bouche. Les objets sont portés à peu près directement au but avec quelques légères oscillations.

Nystagmus ne se produisant pas quand l'œil est au repos, mais devenant manifeste à l'occasion des mouvements du globe oculaire.

Troubles de la parole très marqués, n'existant que depuis quinze jours. La parole est lente et embarrassée, mais le malade prononce bien les syllabes qu'il veut prononcer, sans en oublier et sans en transposer.

Aucun trouble de la sensibilité.

L'appétit et la digestion sont normaux; un peu de constipation. Pas de troubles de la miction.

Rien aux poumons. Rien au cœur. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

26 février 1886. (Edème des pieds et des malléoles :

Iodure de potassium 2 grammes.

Pointes de feu.

Le premier examen laryngoscopique n'a été fait qu'en 1888, époque à laquelle M. Garel prit la direction du service,

13 juillet 1888. A l'examen laryngoscopique, pendant les phénomènes respiratoires, on constate un très large écartement des cordes vocales, qui disparaissent sous les bandes ventriculaires, sans que celles-ci soient cependant hypertrophiées. Dans les tentatives de phonation, qui n'aboutissent, d'ailleurs, qu'à un résultat presque nul, on voit nettement se fermer la glotte interaryténoïdienne, alors que la glotte ligamenteuse reste largement ouverte sous la forme elliptique. Le malade ne peut articuler que des syllabes rauques et très rarement sonores. Les cordes vocales ne sont pas altérées dans leur coloration.

23 octobre 1888. Depuis deux ou trois jours le malade peut émettre des sons beaucoup plus distincts, mais on voit que l'air passe dans le larynx à plein jet. Il y a épuisement très rapide, coulage de l'air.

15 juin 1889. Le malade a de la cystite avec urines purulentes et ammoniacales. Lavages de la vessie avec naphtol. Amélioration très rapide.

16 décembre. Le malade a eu ce matin une selle involontaire.

Janvier 1890. Influenza pendant quelques jours.

Au début de l'année 1891, M. Garel, en examinant de nouveau le malade au laryngoscope, constate des oscillations des cordes vocales analogues au tremblement.

A plusieurs reprises, pendant le courant de l'année, on s'assure de la persistance de ces mouvements.

Etat du malade en décembre 1891.

Le malade reste constamment assis sur une chaise roulante. L'écoulement de l'urine est constant. Pas d'incontinence des matières fécales. Pouls à 75. Nystagmus très accusé.

Le tremblement est beaucoup plus accentué qu'autrefois; les mains tremblent presque constamment. Ce tremblement s'exagère considérablement lorsqu'on dit au malade de porter la main à sa bouche.

Pas de contractures, mais les jambes se raidissent par moments. Trépidation épileptoïde très nette, surtout à droite.

Troubles de la parole toujours très accusés; le malade ne peut dire que quelques mots à peine intelligibles.

Au laryngoscope, on constate des oscillations à peu près continues des cordes. Elles se produisent aussi bien pendant l'ouverture que pendant la fermeture de la glotte. Pendant l'inspiration, les cordes se cachent derrière les bandes ventriculaires;

on les voit alternativement apparaître, puis disparaître par le fait même du tremblement.

Ordonne-t-on au malade d'émettre un son, on voit les cordes se rapprocher l'une de l'autre en décrivant des oscillations, au lieu de se rapprocher franchement et d'un seul coup. Ces oscillations sont irrégulières, à tel point qu'on ne peut en déterminer le rythme : elles ne paraissent pas en moyenne être plus de 60 par minute. Les oscillations des deux cordes ne se correspondent pas ; à certains moments elles sont plus nombreuses d'un côté que de l'autre. Les cordes une fois juxtaposées pour la phonation, laissent entre elles un espace elliptique permettant un léger degré de coulage ; d'ailleurs, elles ne restent pas longtemps juxtaposées et s'écartent de nouveau en décrivant leurs oscillations. Quand on dit au malade de tenir le son un peu plus longtemps, il répond qu'il ne peut pas.

La dilatation de la glotte pendant l'inspiration est beaucoup plus grande qu'à l'état normal, et le regard plonge profondément dans la trachée.

La muqueuse du larynx est de coloration absolument normale.

Lorsqu'on essaye de faire rire le malade, on ne peut obtenir l'inspiration éclatante signalée par Leube, Lœri, etc., ce qui s'explique, d'ailleurs, par l'énorme dilatation de la glotte.

La langue présente un tremblement très évident, mais le malade peut la tirer parfaitement au dehors.

En résumé, il s'agit d'un malade atteint de sclérose en plaques et ayant présenté une paralysie des cordes, des thyro-aryténoïdiens internes surtout. Cette paralysie a considérablement rétrogradé par la suite et a fait place à un tremblement des cordes vocales, fait remarquable et bien d'accord avec ce qu'on sait sur les rémissions des paralysies dans la sclérose en plaques.

L'histoire de ce malade se rapproche beaucoup des deux premiers cas de Lœri, mais il nous a semblé qu'il y avait quelques légères différences. Ainsi Lœri décrit les secousses comme se produisant seulement au début de l'élargissement inspiratoire et du rétrécissement expiratoire de la glotte. Dans le cas que nous rapportons il s'agit plutôt d'un tremblement continu des cordes vocales : il est probable qu'il y a là plus qu'un *tremblement intentionnel*. Mais il est difficile de trancher la question.

Lœri compare les oscillations des cordes vocales à « de très petites secousses fibrillaires ». Dans notre cas nous n'avons rien vu de pareil ; les oscillations de la corde étaient suffisantes pour mériter le nom de tremblement et plus fortes que des secousses fibrillaires.

Lœri dit aussi que chez ses deux malades la glotte s'ouvrait moins bien que chez l'homme sain ; ici c'est l'inverse, et nous avons déjà insisté sur l'ouverture considérable de la glotte à tel point que les cordes vocales disparaissaient sous les bandes ventriculaires.

Mais ce sont là des questions de détail, et cette observation nouvelle est confirmative de celles de Lœri, loin d'en atténuer la portée.

Telles sont les quelques observations que nous avons pu rassembler d'altérations de la *voix* dans la sclérose en plaques. Si nous jetons maintenant sur elles un coup d'œil rétrospectif, nous voyons que cette affection compte parmi ses symptômes une série de troubles fonctionnels des muscles du larynx :

Voix monotone et scandée ;

Brusque changement de ton ;

Élévation croissante de la tonalité ;

Impossibilité de maintenir longtemps une même note ;

Inspiration éclatante interrompant le rire ou les pleurs ;

Paralysies des cordes vocales ou de quelques muscles du larynx, se traduisant par le coulage, la voix rauque, la voix de crécelle, etc. ;

Enfin, tremblement des cordes.

Ces divers phénomènes peuvent se combiner ou exister isolément, ou se succéder comme c'est le cas pour le malade dont nous relatons l'observation.

Après les avoir énumérés, il nous resterait à en donner l'explication, tâche singulièrement difficile, eu égard au petit nombre de faits connus ; aussi nous bornerons-nous à mentionner les idées des auteurs à ce sujet.

De prime abord, on peut attribuer la plupart des symptômes à la parésie des cordes vocales. Revenons au cas de Leube, le premier auquel on ait appliqué l'examen laryngoscopique :

la glotte pouvait parfaitement se fermer, mais les cordes étaient mal tendues; elles montraient des alternatives de tension et de relâchement. La faiblesse des cordes vocales est donc très nette dans ce cas, et elle peut expliquer la monotonie de la voix, la parole scandée, signalées dans une foule d'observations. Le malade, pour ne pas fatiguer ses cordes, choisit un ton toujours le même, il évite instinctivement les nuances, d'où monotonie. La fatigue de l'appareil tenseur l'oblige à s'arrêter fréquemment, d'où ces pauses après chaque mot, après chaque syllabe quelquefois, la parole scandée, enfin. Ajoutons à ces causes le coulage de l'air pendant la phonation, lorsque l'occlusion glottique est imparfaite (cas de Lœri, par exemple), obligeant ainsi le malade à reprendre haleine, et nous aurons plusieurs facteurs de la parole scandée, aussi importants que le tremblement de la langue ou les oscillations de la tête, signalés depuis longtemps.

On n'a pas souscrit universellement à cette explication de Leube, surtout en ce qui concerne la parole scandée : pour Wernicke, elle est due à l'irrégularité du courant d'air expiré qui arrive à la glotte non sous pression continue, mais par saccades; en d'autres termes, il incrimine le porte-vent plutôt que l'organe producteur du son.

Erb fait aussi remarquer que les personnes qui ont de la parésie des cordes vocales dans toute autre affection que la sclérose en plaques, ne scandent pas; et tout en se rangeant d'une manière générale aux explications de Leube, il tend à restituer un rôle important aux lésions siégeant sur le trajet des fibres nerveuses qui président à l'articulation des mots.

L'impossibilité de maintenir longtemps une même note (Lœri, etc.) s'explique facilement par le coulage de l'air et la faiblesse de l'appareil tenseur des cordes.

Reste le curieux phénomène connu depuis Erb, l'élévation croissante de la tonalité, pouvant aboutir à la voix de fausset signalée par Schule. Le fait s'observait, dans le cas de Leube, quand on disait au malade de renforcer sa voix sur une même note, et voici comment il l'explique. Indépendamment de toute intervention des muscles vocaux, un renforcement

du courant d'air expiré élève la tonalité de la voix. Par conséquent, pour rester sur la même note avec un courant d'air plus fort, l'homme sain doit compenser les variations de l'intensité du souffle par des variations correspondantes dans la tension des muscles du larynx. Si, par suite de la faiblesse ou de l'inaptitude de ces muscles, cette action compensatrice ne peut s'exercer, la tonalité s'élève.

La faiblesse des muscles du larynx explique aussi le changement soudain de la voix, qui, de monotone qu'elle était, passe brusquement à une tonalité différente. Pour Gottstein cependant, le brusque changement de la voix, passant dans le fausset, doit être rapporté à une tension involontaire des cordes vocales.

L'inspiration bruyante, éclatante, après le rire et les pleurs, est due, d'après Leube, à la parésie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Le courant d'air inspiratoire qui se précipite avec violence et brusquerie après les secousses expiratoires qui constituent le rire ou les pleurs, rencontre les cordes vocales, qui ne sont pas encore écartées, et les met en vibration. Gottstein, au contraire, ne fait pas intervenir la paralysie des dilatateurs.

Il considère cette inspiration éclatante comme un phénomène spasmodique. L'explication de Leube lui paraît peu soutenable, « parce qu'avant tout, pour produire une inspiration aussi bruyante, il faut une tension considérablement augmentée des cordes vocales; et chez les malades atteints de sclérose en plaques, cette tension ne peut s'obtenir que par un spasme réflexe ». Le fait n'a rien d'étonnant dans une affection comme la sclérose en plaques, où l'exagération des réflexes et les phénomènes spasmodiques sont si caractéristiques.

Ces symptômes laryngés cadrent donc parfaitement avec les autres grands symptômes de la maladie, et sont, d'après Gottstein, susceptibles d'une interprétation identique.

Après ces quelques signes, parétiques pour les uns, spasmodiques pour les autres, nous devons passer en revue ceux dus à des paralysies laryngées non douteuses, comme l'a montré l'examen laryngoscopique.

D'après Krause, les paralysies sont rares dans la sclérose en plaques, et il explique la raucité de la voix par la laxité des cordes vocales. Cependant les observations de Lœri sont formelles, et le malade de M. Garel a été aussi un exemple très net de paralysie bilatérale.

Les hémiplegies laryngées (3^e observation de Lœri) expliquent la voix de crécelle. L'aphonie s'explique aisément par une paralysie bilatérale. Hermann Krause (1) (de Berlin) a trouvé les cordes près de la ligne médiane avec suffocation; il est vrai qu'en pareil cas, du moins si l'on se conforme aux idées de Masséi sur la position médiane des cordes vocales, il ne s'agit probablement pas de paralysie des dilatateurs, mais plutôt de contracture des adducteurs.

Quant aux mouvements oscillatoires, au tremblement des cordes vocales présenté par les deux malades de Lœri et par celui de M. Garel, ils constituent un phénomène encore mieux en rapport avec la symptomatologie connue de la sclérose en plaques. Les premiers observateurs ont signalé le tremblement intentionnel des membres à l'occasion des mouvements volontaires, et l'analogie paraît complète. Dans les deux cas de Lœri comme dans celui dont nous rapportons l'observation, il y avait un tremblement, à l'occasion des mouvements d'ouverture ou de fermeture de la glotte. Il n'était même pas nécessaire, pour le rendre évident, de commander au malade d'émettre un son; les simples alternatives d'écartement inspiratoire et de rapprochement expiratoire des cordes vocales s'accompagnaient de ces oscillations caractéristiques. Nous avons donc là un curieux exemple de tremblement siégeant sur des muscles, qui agissent tantôt volontairement, tantôt par voie réflexe, pour l'accomplissement d'une fonction organique.

Ce tremblement des cordes vocales n'a pas été décrit uniquement dans la sclérose en plaques. Hermann Krause (*loco citato*) a vu dans la chorée un tremblement des cordes avec tension diminuée et parésie des adducteurs, alors que, chose singulière, elles ne présentaient pas de grands mou-

(1) Travail analysé dans le *Journal of laryngology* de juillet 1888.

vements analogues aux mouvements choréiques, comme on aurait pu le supposer *à priori*.

Sur 8 cas de paralysie saturnine, Krause en a trouvé un avec tremblement des cordes et parésie des adducteurs.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence l'observation de Herbert R. Spencer (1), qui a trouvé, lui aussi, des mouvements oscillatoires des cordes dans un cas tout particulier, décrit par lui sous le nom de nystagmus pharyngo-laryngien. Chez une jeune fille de 12 ans, ayant depuis quinze mois les symptômes d'une tumeur cérébelleuse (tendance à la chute en arrière ou sur le côté, vertige, intense céphalée occipitale, constipation, vomissement, nystagmus oculaire), le constricteur supérieur du pharynx était agité de mouvements rythmiques, de direction horizontale, isochrones à ceux de l'œil, c'est-à-dire au nombre de 180 environ par minute. Les piliers et le voile étaient agités de mouvements analogues (peut-être n'étaient-ce que des mouvements transmis) et si évidents que Spencer a pu les enregistrer avec un sphygmographe. Enfin sa malade présentait des mouvements des aryénoïdes, s'écartant et s'éloignant alternativement l'un de l'autre. Dans l'inspiration calme, l'élargissement était interrompu par ces contractions. Quand la glotte se fermait, les cordes parallèles et fixées l'une contre l'autre restaient très légèrement agitées jusqu'à ce que la patiente se remit à respirer. Ces mouvements, comme ceux des yeux, se produisaient environ 180 fois par minute. Spencer donne au phénomène, en raison même de cet isochronisme, le nom de nystagmus laryngé. On a pu observer la patiente pendant deux mois; les mouvements ont toujours persisté. Chose remarquable, le pouls battait à 100 par minute, et, comme on l'a fait remarquer (2), cette coïncidence peut s'expliquer par une lésion du noyau du spinal, qui innerve en partie les muscles pharyngo-laryngiens et va, d'autre part, au cœur.

Ces quelques observations sont, à notre connaissance, les seules où on ait trouvé le tremblement des cordes vocales :

(1) H. R. SPENCER. *Lancet* du 9 octobre 1886, p. 702. Voir aussi : Pharyngeal and laryngeal nystagmus in *Lancet*, 16 octobre 1886, p. 736.

(2) *The Lancet* du 16 octobre 1886.

d'après d'aussi pauvres renseignements, vouloir expliquer le mécanisme de sa production paraîtrait au moins hasardé, d'autant mieux que dans des maladies aussi dissemblables : chorée, intoxication saturnine, tumeur cérébelleuse, sclérose en plaques, il n'est probablement pas susceptible d'une même interprétation. C'est, d'ailleurs, seulement de la sclérose en plaques que nous devons nous occuper ici. Tous les troubles de la phonation décrits plus haut semblent dénoter une faiblesse considérable des muscles du larynx, à moins toutefois qu'on ne donne avec Gottstein la prépondérance aux phénomènes spasmodiques. Dès lors, les mouvements oscillatoires des cordes vocales pourraient être considérés comme les alternatives de tension et de relâchement d'un muscle fatigué. Mais on peut aller plus loin et en faire, avec Lœri, une variété de tremblement intentionnel analogue à celui qui se manifeste à l'occasion des mouvements volontaires des membres, et invoquer, pour éclaircir sa pathogénie, l'explication générale que donne M. Charcot du tremblement de la sclérose en plaques, à savoir, « la longue persistance des cylindres axiles, dépouillés de leur enveloppe de myéline, au sein des foyers sclérosés ; la transmission des impulsions volontaires s'opérerait encore par la voie de ces cylindres dénudés ; mais elle aurait lieu d'une façon irrégulière, saccadée, et ainsi se produiraient les oscillations qui troublent l'exécution des mouvements intentionnels (1) ».

La lenteur avec laquelle ont progressé les symptômes parétiques dans les observations de tremblement des cordes citées ici, s'accorde bien aussi avec la persistance des cylindres axiles, et supplée, dans une certaine mesure, à l'absence de constatations anatomiques. Remarquons en dernier lieu, comme tout à fait en rapport avec la fugacité des symptômes de la sclérose en plaques, la variabilité et l'indépendance réciproque des phénomènes énumérés plus haut. Ainsi on voit, dans la troisième observation de Lœri, la paralysie de la moitié droite du larynx succéder à une simple parésie des cordes ; la moitié gauche du larynx se prend ensuite, mais jamais de tremblement des cordes, alors que cependant le

(1) CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 267.

malade présentait du nystagmus oculaire et du tremblement de plusieurs muscles. Chez le malade de M. Garel, il y avait aussi nystagmus oculaire avec paralysie des cordes, *sans tremblement des cordes*; plus tard, cette paralysie a fait place à un simple tremblement, et, dans l'espèce, c'est encore un exemple des rémissions bien connues que présente la sclérose en plaques. En somme, il ne s'agit pas d'une progression continue et régulière, débutant par la simple parésie pour aboutir à la paralysie complète en passant par le tremblement : cette succession des symptômes n'est point nécessaire, l'observation que nous publions le prouve suffisamment.

En résumé, indépendamment des troubles de la parole décrits depuis Bourneville et Guérard, la sclérose en plaques présente, dans quelques cas, une série de manifestations laryngées : troubles de la sensibilité, phénomènes spasmodiques, parésie des muscles, paralysies même, manifestations assez banales, puisqu'on les retrouve fréquemment dans d'autres affections du système nerveux central. Seul le tremblement des cordes, bien qu'il ait été rencontré (Krause-Spencer) en dehors de la sclérose en plaques, pourrait être considéré comme un symptôme à peu près spécial à cette affection, eu égard à son analogie avec le tremblement intentionnel des membres. Mais, si séduisante que soit cette hypothèse, formulée par Lœri, elle appelle encore, pour être confirmée, de nouveaux examens laryngoscopiques.

(1) Au moment où ce mémoire était sous presse, le malade a succombé. Nous ferons connaître ultérieurement le résultat de l'examen microscopique de la moelle et du bulbe, qui présentaient d'ailleurs, à l'œil nu, des traces évidentes de sclérose.

II

DE LA FRÉQUENCE DE L'EMPYÈME LATENT BILATÉRAL DE L'ANTRE D'HIGHMORE ET DE LA NÉCESSITÉ DU LAVAGE EXPLORATEUR MÉTHODIQUE DE CETTE CAVITÉ DANS LES CAS DE BLENNORRHÉE NASALE,

Par le Dr L. LICHTWITZ (de Bordeaux) (1).

La sémiologie de l'empyème bilatéral de l'antre d'Highmore mérite une place à part dans la description de cette affection.

En effet, l'unilatéralité des symptômes constituait jusqu'à présent le signe le plus précieux dans la symptomatologie de l'abcès du sinus maxillaire. La première question qu'on adressait au malade chez qui l'on soupçonnait un empyème, consistait à lui demander s'il mouchait plus d'un côté que de l'autre, et on ne pensait plus à l'existence de cette affection quand l'hypersécrétion était bilatérale.

Aussi, presque tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, disent que l'empyème double de l'antre est rare et, en examinant les nombreuses observations publiées, on en trouve en effet peu de cas.

Krieg, sur 24 cas, a vu l'affection bilatérale une fois; Walb, sur 25 cas, l'a constatée deux fois; Schmidt, sur 16 cas, une fois; Bronner, sur 4 cas, une fois; Bayer, sur ses 25 cas, ne semble l'avoir observée qu'une fois; Bloch, sur 26 malades de la clinique de Michelson, n'a vu aucun cas d'empyème double, mais il ajoute qu'après avoir presque terminé sa thèse, Michelson a eu à traiter 2 cas. Ruault, à la dernière séance de la Société française d'otologie et de laryngologie, à propos de l'examen de l'antre par transparence, dit avoir observé 50 cas d'empyème, dont 3 cas doubles. D'autres auteurs, tels que Hartmann, B. Fraenkel, Luc, Krause, Friedländer, Schech, Schmiegelow et Sieben

(1) Communication faite à la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris. Séance du 8 janvier 1892.

mann, pour n'en citer que quelques-uns, ne semblent pas avoir traité de cas d'empyème double du sinus maxillaire, au moins n'en font-ils pas mention dans leurs travaux.

Il n'y a que Ziem et Kaufmann et nous-même, sur le vivant, et Gradenigo, sur le cadavre, qui ont rapporté des exemples plus nombreux de cette affection.

Ainsi dans la première publication de Ziem sur ce sujet, parue en 1886 (1), on trouve sur les 25 observations rapportées de blennorrhée nasale, 8 cas d'empyème bilatéral de l'antre. Dans le travail de Kaufmann (2), sur les 36 observations d'empyème qu'il communique, nous avons pu recueillir 13 cas d'empyème bilatéral.

Gradenigo (3) qui a examiné les sinus de 103 cadavres, a trouvé 19 cas d'empyème du sinus maxillaire, dont 6 étaient des cas doubles.

Nous même dans notre travail sur le diagnostic de l'empyème latent de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur (4), nous avons constaté, sur 14 malades, 4 cas d'empyème double dont nous avons rapporté le cas le plus saillant (5), et, depuis lors, nous avons pu observer 8 autres cas. Ces 12 cas doubles nous les avons recueillis sur 40 observations d'abcès du sinus maxillaire, ce qui donne à peu près la proportion de 1 cas double sur 3 cas d'empyème.

Si nous nous demandons pourquoi la plupart des auteurs n'ont constaté l'empyème double que peu ou pas du tout et d'autres en nombre relativement fréquent, nous en trouvons l'explication dans l'obscurité des symptômes de cette affection et dans le manque d'examen méthodique du sinus maxillaire dans chaque cas de blennorrhée nasale.

Dans notre travail que nous venons de citer, nous avons énuméré et discuté un à un les symptômes subjectifs et objectifs qu'on rencontre dans l'empyème de l'antre et nous

(1) ZIEM : (*Monatsschrift f. Ohrenheilk*, n° 2, 3, 4, 1886).

(2) KAUFMANN : (*Monatsschrift f. Ohrenheilk*, n° 1-8, 1890).

(3) GRADENIGO : Contribution à l'anatomie pathologique des cavités nasales (*Annales des Mal. de l'Oreille*, n° 8, août 1891, p. 536-547).

(4) LICHTWITZ : (*Bulletin médical*, n° 86, 26 octobre 1890).

(5) Les autres trois cas se trouvent dans la monographie de JEANTY : De l'empyème latent de l'antre d'Highmore. Etude accompagnée de vingt-deux observations recueillies à la clinique du Dr Lichtwitz (Bordeaux, 1891).

n'avions trouvé qu'un seul symptôme constant, l'hypersécrétion nasale muco-purulente, qui peut être unilatérale ou bilatérale, fétide ou non fétide, se déverser par les narines ou par les arrière-fosses nasales, être visibles ou non dans le méat moyen. Or, la blennorrhée nasale s'observe aussi dans les affections des autres sinus, dans l'ethmoïdite, dans les kystes suppurés du cornet moyen, dans la carie syphilitique, sans parler des autres lésions qui prêtent moins à une confusion avec l'affection du sinus maxillaire. Il y a bien un autre symptôme assez caractéristique qu'on observe dans bon nombre de cas, nous voulons parler de la cacosmie qui, lorsqu'elle existe, éveille notre attention; mais elle ne se rencontre pas toujours, puisqu'il y a des empyèmes sans fétidité de la sécrétion et d'un autre côté, ce symptôme peut être constaté sans qu'on trouve de pus dans l'antre, par exemple dans les cas de carie syphilitique et dans certains cas d'ozène essentiel, lorsque l'odorat est conservé.

Heryng a bien cru avoir trouvé dans le défaut de transparence à la lumière électrique, du maxillaire affecté, un signe précieux pour le diagnostic de la présence du pus dans l'antre; mais Wiebe (1), le premier, puis nous (*loc. cit.*), Srebrezny (2) et d'autres auteurs, ont prouvé que ce procédé n'a pas la valeur diagnostique qu'on lui attribuait.

Aussi, pour ne parler que de l'empyème bilatéral de l'antre qui nous occupe ici, il est clair que si les suppositions de Heryng étaient exactes, les deux côtés de la face devraient ici montrer une obscurité égale. Or dans la première observation que nous rapportons, le côté gauche, le plus affecté, se montrait transparent même avant l'évacuation du pus, tandis que le côté droit restait obscur même après qu'on avait vidé l'antre.

Dans notre deuxième observation, les deux côtés de la face se montraient très transparents, même plus que d'habitude, probablement à cause de l'amincissement de toutes les parois de l'antre.

(1) WIEBE : *Corresp. Bl. des sächs. ärztl. Kreis-u. Bezirksvereins*, XLVII, n° 11, 1889.)

(2) SREBRENY : (*Berl. Klin. Woch.*, 17 novembre 1890.)

Il n'existe donc aucun symptôme pathognomonique pour l'abcès chronique de l'antre.

S'il en était autrement, il serait difficile d'expliquer comment une maladie si fréquente, que pour notre compte nous constatons chez 3 0/0 de nos malades, a pu échapper autrefois à l'observation des médecins avant que sa fréquence ait été démontrée par les travaux de Ziem. Ainsi Schmidt, Heryng et d'autres auteurs avouent qu'autrefois ils ont souvent méconnu des cas d'empyème de l'antre et Jurasz (1), un spécialiste distingué, dit à la page 103 de ses recueils cliniques des maladies des voies aériennes supérieures, parus en 1891, qu'il n'a recueilli que 5 cas d'empyème de l'antre, et cela sur un nombre d'à peu près 4,000 malades qu'il a vus depuis 1882 jusqu'à la fin de 1889. Il a pourtant observé 23 cas d'empyème du sinus frontal que Zuckerkandl (2), n'a jamais vu affecté isolément dans ses autopsies.

Dernièrement encore un autre confrère distingué, A. Onodi (*Monatsschrift f. Ohrenheilk*, n° 3, mars 1891, p. 69, et *Revue de laryngol*, n° 24, 15 décembre 1891, p. 753), décrit, sous le titre de parosmie, quelques cas dans lesquels la soi-disant perversion de l'odorat était probablement due à un empyème de l'antre. On n'a qu'à lire la seule observation détaillée qu'il donne pour en être presque convaincu. L'auteur, cependant, ne semble pas avoir songé à la possibilité de l'existence de cette affection.

Or, une affection qui a passé inaperçue jusque dans ces derniers temps, qui actuellement est encore souvent méconnue faute de signes pathognomoniques, pour le diagnostic de laquelle on a employé une foule de moyens et qui même diagnostiquée laisse des doutes tant qu'on n'a pas vu sortir de pus, une telle affection, dis-je, réclame un moyen précis de diagnostic.

Ce moyen consiste à faire un lavage explorateur de l'antre dans chaque cas de blennorrhée nasale tant soit peu suspect.

(1) JURASZ : (*Heidelberg*, 1891. 1^{er} vol. p. 101-106).

(2) ZUCKERKANDL : *Normale u. pathol. Anatomie der Nasenhöhle u. ihrer pneumatischen Anhängen* (Vienne, 1882, p. 168).

Il est vrai que dans les cas d'empyème unilatéral où c'est surtout l'unilatéralité des symptômes qui éveille fortement le soupçon, le lavage explorateur ne sert souvent qu'à donner la dernière confirmation du diagnostic afin d'éviter une large ouverture inutile de l'antre et aussi pour démontrer au malade la nécessité d'une intervention.

Dans l'empyème des deux antres, au contraire, où la bilatéralité des symptômes fera plutôt penser à une affection générale de la muqueuse nasale ou rétro-nasale qu'à un foyer localisé de suppuration, la recherche directe du pus est le seul moyen de diagnostic (1).

En effet, Ziem, Kaufmann et nous-même, devons nos cas d'empyème double à une exploration méthodique de cette cavité que chacun de nous fait par une voie différente. Ziem, qui le premier a préconisé le lavage explorateur méthodique, grâce auquel il a pu démontrer la fréquence de l'empyème de l'antre dépourvu des symptômes classiques, le pratique à travers un orifice artificiel du rebord alvéolaire (2). Kaufmann fait le lavage en introduisant une canule dans l'orifice naturel ou accessoire selon la méthode que Hartmann emploie pour le traitement de l'abcès de l'antre.

Quant à nous, nous faisons le lavage explorateur après la ponction de la paroi nasale de l'antre au niveau du méat inférieur à l'aide d'un mince trocart droit (voir la fig.) (3), selon le procédé que nous avons décrit dans notre premier travail sur ce sujet (4).

(1) Si certains auteurs, tels que Walb (*Bonn*, 1888, p. 9), et Lennox-Browne dans la discussion qui suivit la communication de Dundas Grant, sur notre procédé de lavage (*Journ. of Laryngol.*, p. 487, 1891) disent qu'ils ont toujours trouvé du pus dans l'antre quand ils en avaient soupçonné l'existence, il ne s'en suit pas qu'ils n'aient laissé échapper d'autres cas dans lesquels il y avait du pus sans qu'ils l'aient soupçonné. Ils n'ont probablement opéré que des malades chez lesquels le diagnostic, d'après les connaissances actuelles, était à peu près sûr.

(2) ZIEM : (*Therap. Monatsh.* p. 148-152 et p. 222-226, 1888.)

(3) On peut trouver ce trocart chez R. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain, Paris, qui l'a construit selon nos indications.

(4) Gapin, dans sa thèse sur les abcès des sinus maxillaires (Paris, 17 juillet 1891), élaborée à la clinique du Dr Baratoux, dit que ce dernier, sur 49 cas d'empyème, compte 6 cas d'empyème double, et il en rapporte deux exemples (Obs. X et XIII). Dans ces deux cas comme dans les cas

Ce procédé n'est en somme que l'opération en miniature que font au même niveau Mikulicz avec son perforateur lanciforme, Krause avec son gros trocart et Tornwaldt avec son trépan, pour ouvrir largement le sinus afin de traiter l'empyème par cette voie.

Nous avons, dans le travail cité plus haut, déjà indiqué les raisons pour lesquelles nous préférons la ponction exploratrice au niveau du méat inférieur à celle faite sur le rebord alvéolaire et au lavage pratiqué par l'orifice naturel ou accessoire ou plutôt par un orifice artificiel qu'on crée au niveau de l'infundibulum.

Dundas Grant (1) qui dernièrement, devant la *British la-*

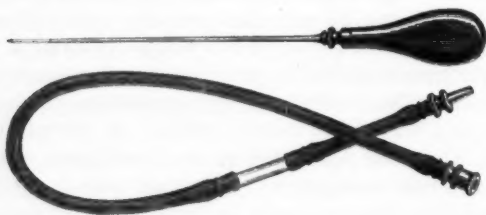


FIG. 1

ryngological and rhinological Association, a parlé de notre méthode d'exploration, dit : « Presque toujours le diagnostic de l'empyème est un peu incertain jusqu'à ce qu'une ponction exploratrice ait été faite; c'est un point que m'accorderont, je pense, tous les observateurs de bonne foi », et après avoir décrit les détails du procédé, il ajoute que par cette manœuvre bien simple nous pouvons donner au ma-

d'empyème unilatéral observés à la clinique du Dr Baratoux, le diagnostic a été fait grâce à la ponction suivie de lavage explorateur pratiquée au niveau du méat inférieur, méthode que l'auteur attribue à tort à Schmidt. En effet, cet auteur n'a conseillé que de faire des aspirations au même endroit à l'aide d'une seringue de Pravaz, armée d'une aiguille courbe (*Berl. klin. Woch.*, n° 7, 1890). Dans notre travail, *loc. cit.*, nous avons indiqué les raisons pour lesquelles les aspirations donnent des résultats peu précis.

(1) DUNDAS GRANT : On Lichtwitz's Method of exploratory Puncture and Irrigation of the Antrum through the inferior catus (*British laryngol. and rhinol. Association*, 27 novembre 1891; in *Journ. of Laryngol.*, n° 12, décembre 1891).

lade avant de le renvoyer de notre cabinet de consultation, une preuve convaincante, bien faite pour l'encourager à subir l'opération classique de Cooper. L'auteur se rappelle un certain nombre de cas observés par lui où l'adoption de ce lavage explorateur eût été extrêmement utile.

Aujourd'hui, en nous basant sur une expérience plus étendue, car nous avons déjà fait 111 ponctions, nous pouvons recommander encore plus chaudement ce mode d'investigation qui nous a rendu de grands services, surtout dans la recherche de l'empyème double.

Voici le résultat de nos ponctions : 43 fois le lavage a donné un résultat positif; 68 fois le liquide antiseptique injecté est sorti clair. Les 43 ponctions positives concernent 31 malades, dont 12 atteints d'empyème double (1).

Parmi les cas qui ont servi de base à la statistique de notre premier travail, il nous est arrivé quatre fois de ne pas pouvoir percer la paroi nasale de l'antre.

Depuis lors, cet inconvénient ne s'est plus présenté qu'une seule fois chez une malade qui devait avoir un antre rudimentaire, car la ponction sur le bord alvéolaire avait été également impossible, bien que nous eussions enfoncé la petite mèche de notre drille à une profondeur de deux centimètres environ.

Chez deux autres malades, une femme de 27 ans, et un homme de 60 ans, nous avons dû nous abstenir de terminer la ponction. La femme a été prise d'une crise convulsive, probablement par l'atouchement d'une zone spasmogène, et l'homme s'est trouvé mal.

Autrefois nous faisons précéder la ponction de lavages forcés poussés dans les fosses nasales pour faire sortir le pus qui pouvait s'y trouver. Mais depuis que nous avons pu nous convaincre que ces injections pouvaient aussi faire sortir le pus de l'antre et troubler ainsi le résultat du lavage explorateur, nous ne faisons à l'aide d'une sonde armée de

(1) Chez 9 autres malades le diagnostic a pu être fait par un lavage à travers une fistule alvéolaire (4 fois), ou après l'extraction d'une dent cariée dont une racine communiquait avec l'antre (4 fois), ou par une ponction capillaire pratiquée dans l'alvéole d'une dent (1 fois).

coton qu'un nettoyage portant sur le trajet que doit suivre l'eau en sortant de l'orifice naturel.

La ponction est peu douloureuse dans la grande majorité des cas. Souvent nous la pratiquons sans anesthésie locale. Nous n'avons pas observé d'hémorragie notable. Les malades que nous avons revus après la ponction disaient tous n'avoir ressenti aucune sorte de douleur ou de malaise. *A priori*, l'innocuité de la ponction était à prévoir, car la muqueuse de l'antre est, par son orifice naturel, continuellement en communication avec les fosses nasales, et par conséquent avec tous les microbes qui y résident, et, à moins de négliger les lois les plus élémentaires de l'asepsie, il serait difficile d'admettre qu'une ponction presque capillaire puisse avoir des suites fâcheuses quelconques. Chose curieuse : plusieurs malades chez lesquels nous avons ponctionné et lavé le sinus maxillaire sans y trouver de pus, accusaient une amélioration sensible et durable dans l'hypersécrétion et l'enchiffrement pour lesquels nous avons cru devoir explorer cette cavité.

Chez une autre malade à laquelle nous avons autrefois extrait de nombreux polypes et qui revint nous voir de crainte d'en avoir de nouveaux, parce que depuis quinze jours elle ressentait un chatouillement dans le nez, éternuait sans cesse et voyait s'écouler continuellement du liquide clair par la narine gauche surtout, la ponction de l'antre gauche fit cesser immédiatement le chatouillement, l'écoulement et les éternuements.

Bride (1) cite également deux cas dans lesquels la ponction exploratrice bien qu'elle eût donné un résultat négatif, avait été suivie d'une disparition de symptômes éprouvés par les malades.

De nos 12 cas d'empyème double, nous rapportons seulement 2 observations dans lesquelles M. Sabrazès, interne des hôpitaux, a fait l'examen bactériologique du pus dans le laboratoire de M. le professeur Pitres. Les préparations ont été contrôlées par M. le professeur agrégé, W. Dubreuilh.

(1) BRIDE : (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, 5 février 1891.)

Obs. I. — M^{me} P..., âgée de 50 ans, se plaint de moucher abondamment, surtout du côté gauche, depuis environ sept ans. Elle éprouve depuis la même époque un enchiffrement, et par moment comme une odeur de « fraichin » dans le nez. En penchant la tête en avant, à droite ou à gauche, le nez commence à couler, et, la nuit, elle est obligée de mettre une serviette sur son oreiller pour ne pas le tacher. Elle aurait souffert beaucoup des dents. Il y a trois ans 1/2, la malade, atteinte de varices, a eu une phlébite de la jambe droite. L'odorat a presque disparu.

La malade a été en traitement pendant près de quatre ans chez un confrère qui lui a enlevé quelques petits polypes du côté droit et fait de nombreuses cautérisations au galvanocautère du côté gauche; mais ni ces opérations, ni la douche de Weber que la malade employait plusieurs fois par jour, n'avaient pu modifier son état.

Lasse de ce traitement, elle demande les conseils d'un autre confrère, et finalement vient nous consulter.

Au premier examen nasal, nous constatons une déviation de la cloison à gauche et une adhérence entre elle et le cornet inférieur gauche provenant probablement des cautérisations réitérées que la malade a subies.

Quant à l'état des dents, la deuxième prémolaire et la première grosse molaire supérieures droites manquent; à gauche il manque seulement la deuxième prémolaire. Les autres dents sont saines.

L'éclairage par transparence montre le côté gauche de la face éclairé, tandis que le côté droit est obscur.

Après un lavage nasal antiseptique, je pratique la ponction suivie de lavage explorateur, et je fais sortir des deux côtés mais principalement à gauche, une grande quantité de pus fétide, floconneux.

L'examen bactériologique du pus de l'antre gauche recueilli dans un flacon aseptique, est fait par le procédé des lamelles colorées au moyen de la méthode de Kühne.

L'étude des lamelles a été faite avec l'objectif à immersion de Zeiss et avec les oculaires 8 et 12.

M. Sabrazès a trouvé des chaînettes de streptocoques pyogènes en très grand nombre et presque à l'exclusion de tout autre microbe.

Le pus de l'antre droit contenait des chaînettes de strepto-

coques moins nombreuses; microbes divers tels que bâtonnets très grêles et amas de microcoques.

Au commencement d'octobre 1891, ouverture des antres d'après la méthode de Cooper. Lavages avec l'eau boriquée tous les jours.

Le 18 décembre, il ne sort plus des deux côtés que quelques petits flocons de mucopus.

La malade, dès le début du traitement, n'a plus mouché, a senti le nez libre, n'a plus éprouvé de mauvaise odeur, et les forces sont revenues.

Obs. II. — M^{me} Ch..., 56 ans. Fièvre typhoïde à l'âge de 19 ans. Depuis cette époque, lourdeurs et maux de tête. Il y a au moins huit ans qu'elle mouche abondamment surtout par la narine gauche. Souvent elle sent une mauvaise odeur dans le nez, surtout le matin quand elle a besoin de se moucher. En se levant elle salit facilement deux mouchoirs.

Les dents, autrefois très bonnes, se seraient gâtées à peu près au moment où elle a commencé à moucher.

Fluxion de poitrine en été en 1889. Il y a quelques mois, crise hépatique avec ictère passager.

La malade aurait suivi pendant des années un traitement nasal au moyen de la douche de Weber.

A l'examen nasal on ne trouve aucune lésion. La muqueuse des cornets est pâle et plutôt atrophiée qu'hypertrophiée. Pas d'amas de mucosités au niveau du méat moyen.

Les deux côtés de la face se montrent très transparents à l'éclairage électrique.

Les trois grosses molaires supérieures droites manquent, de même la deuxième prémolaire supérieure gauche; la première grosse molaire supérieure gauche tient à peine.

Je pratique la ponction suivie de lavage au niveau du méat inférieur et je fais sortir des deux côtés du pus fétide se délayant dans l'eau. La paroi nasale était des deux côtés si mince que le trocart la perça sans le moindre effort.

L'examen bactériologique du pus recueilli avec des précautions aseptiques comme dans le cas précédent, est fait par M. Sabrazès au moyen de la méthode de Gramm-Weigert, combinée à la méthode de Gibbs, ce qui donne une double coloration très nette. L'examen a donné le résultat suivant : « Le pus présente en assez grande abondance des diplocoques lancéolés, quelques-uns munis d'une capsule et qui offrent les caractères objectifs du

pneumocoque de Talamon et Fraenkel. Ça et là ils sont disposés en amas; ils forment rarement des chaînettes. Il est facile de constater que ces dernières sont constituées par des diplocoques. On trouve encore dans les préparations des microcoques isolés et nettement lancéolés. Les deux côtés examinés présentent des caractères identiques. »

12 décembre 1891. — Ouverture de l'antre droit, et trois jours après de l'antre gauche, d'après la méthode de Cooper. L'opération fut des plus faciles, car la couche osseuse à percer était très mince. Injection d'eau boriquée et application de crayons au tanin 7 0/0, qu'on introduit tous les deux jours dans les antres.

A la fin de décembre, les antres sécrètent à peine. La malade ne mouche plus.

La connaissance de l'empyème bilatéral jettera peut-être une nouvelle lumière sur l'étiologie de cette affection. Au moins pour l'empyème double on sera plus porté à admettre une origine nasale qu'une origine dentaire, car bien que la même cause dentaire puisse coexister des deux côtés, cette coïncidence fréquente s'expliquera plus aisément par le même processus morbide de la muqueuse nasale qui s'est propagé des deux côtés dans le sinus maxillaire.

Luc (1) a essayé, il y a quelques mois, d'élucider la question étiologique par la fétidité et par l'examen bactériologique du pus, et il est arrivé à la conclusion que dans l'empyème de l'antre d'origine dentaire on trouve du pus fétide qui contient des espèces microbiennes variées, tandis que, dans les cas d'empyème d'autre origine, il existe du pus non fétide contenant le streptocoque, à l'exclusion de tout autre microbe.

Nous ne croyons pas que la fétidité du pus puisse constituer un critérium pour trancher la question étiologique de l'empyème de l'antre. La fétidité nous semble dépendre aussi du séjour plus ou moins long du pus dans l'antre.

Chez le même malade et dans le même antre, nous avons pu observer, à différentes époques, tantôt de la sécrétion

(1) Luc : Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque de l'érysipèle (*Arch. intern. de laryngol. rhinol. et d'otol.*, mars-avril 1891, p. 73-80).

muco-purulente non fétide, et tantôt des grumeaux de pus fétide, selon que la sortie du pus s'effectuait plus ou moins facilement par l'orifice naturel. Il suffisait souvent d'enlever quelques petits polypes au niveau de l'hiatus semi-lunaire pour que le pus perdit sa fétidité.

Les résultats de l'examen bactériologique obtenus par M. Sabrazès ne semblent pas confirmer la manière de voir de Luc. En effet, le pus de l'antra gauche de notre premier cas, ainsi que le pus d'un cas d'empyème unilatéral, examiné également par M. Sabrazès, bien qu'il fût fétide, contenait des cultures presque pures de streptocoques, et le pus fétide qui provenait des deux antres de notre seconde malade, renfermait des cultures de pneumocoques. Il faudrait, à notre avis, des recherches plus nombreuses pour pouvoir se prononcer (1).

Quoi qu'il en soit du rôle étiologique que jouent les bactéries, elles ont une importance au point de vue des complications. Ainsi la présence du streptocoque que Luc, le premier, a signalée dans l'antra, et celle du pneumocoque qui existait chez notre deuxième malade, feront comprendre les complications fréquentes de l'empyème de l'antra, à savoir les cas d'érysipèle de la face, d'abcès de la paupière, la péri tonsillite que Ziem a rapportés et les complications pulmonaires dont nous avons communiqué un exemple (*loc. cit.*). Nous croyons que dans l'observation de Luc l'érysipèle de la face était aussi la conséquence et non la cause de l'empyème à streptococques.

Le pronostic des empyèmes doubles nous semble plus grave que celui des empyèmes simples. En effet, deux seulement de nos douze malades ont guéri. Sept, bien que très améliorés, sont encore en traitement, dont un depuis seize et un autre depuis vingt mois. Une malade ne s'est pas encore décidée à se faire opérer, une autre a été perdue de vue, et un troisième est mort d'une affection cardiaque.

(1) M. Sabrazès se propose de résoudre la question de la nature bactériologique des empyèmes de l'antra par la méthode des cultures et des inoculations à l'animal. Il y a lieu de rechercher aussi les microbes du sinus maxillaire sain.

Quant au traitement, nous ne faisons plus que l'ouverture par la méthode de Cooper qui permet aux malades de se soigner eux-mêmes. Depuis deux mois, nous employons avec succès des crayons médicamenteux (à l'iodoforme, au tanin, etc.). Leur usage est plus commode que celui des insufflations de poudre ou des injections de liquides antiseptiques ou astringents concentrés, car ils peuvent être introduits par les malades eux-mêmes, ce qui n'est pas à dédaigner dans une affection souvent très rebelle.

Grâce au lavage explorateur, par n'importe quelle méthode le diagnostic de l'empyème peut être fait d'une manière certaine dans chaque cas tant soit peu suspect. Quand on aura trouvé des méthodes inoffensives et sûres pour explorer et traiter les autres cavités accessoires des fosses nasales, aussi facilement que le sinus maxillaire, le galvanocautère et la douche de Weber, ces panacées dans les mains de praticiens routiniers, ne joueront plus un rôle aussi grand dans la thérapeutique des affections nasales.

La blennorrhée nasale ne figurera plus alors dans les traités de-rhinologie comme une entité morbide, mais elle servira seulement à désigner un symptôme commun à différentes affections nasales et surtout à l'empyème des diverses cavités accessoires du nez. (*Voir page 156, une addition à ce mémoire.*)

III

NOTE SUR UN CAS DE TUBERCULOSE PRIMITIVE DU LARYNX

Par **M. TRÉKAKI**, Interne prov. des Hôpitaux.

Le cas que nous nous proposons de publier mérite, pensons-nous, une mention spéciale, car il présente de l'intérêt à plus d'un titre.

On verra en effet par la lecture de cette observation que les diagnostics tant clinique qu'anatomique furent embar-

rassants; et c'est pour cette raison surtout que nous avons cru bon de la relater.

L'histoire clinique de notre malade se résume en quelques mots :

OBSERVATION. — Agé de 35 ans, employé de commerce, Aug. Ernest, entre une première fois dans le service de M. le Dr Mauriac, à l'Hôpital du Midi, pour une syphilis datant de trois ans : son chancre infectant datait en effet, en 1885, de 1882. Dans les premières années qui ont suivi le chancre, rien de particulier comme manifestation syphilitique, si ce n'est une roséole apparue à terme normal; de plus, Aug. E. ajoute qu'il n'a pris que quelques pilules de mercure et quelques grammes d'iodure de potassium. En 1885 donc il rentre à l'Hôpital du Midi, et notre maître, M. Mauriac, diagnostique alors des syphilides ulcéreuses de la langue de période secondaire. Pendant son séjour au Midi (dix jours), le malade a pris régulièrement ses pilules d'hydrargyre et son iodure de potassium. Au bout de ce temps, il sort amélioré mais non guéri de ses plaques muqueuses de la langue.

Il reprend son travail, et de temps à autre il continue la médication iodurée mais très irrégulièrement.

Vers la même époque apparaît une gêne de la respiration qui allait en augmentant, mais il n'y eut jamais d'accès de dyspnée. Malgré cela il vaquait à ses occupations et, nous dit-il, il n'y avait à proprement parler gêne de la respiration que la nuit, et cela par intermittence. Ce n'est que dans ces derniers temps seulement que Aug. Ernest a souffert de dyspnée plus ou moins considérable et c'est pour cette raison qu'il se décide à entrer dans le service de M. le Dr Mauriac. C'est un homme d'apparence robuste et présentant le facies d'un individu sain. Les antécédents héréditaires sont peu riches en documents. Son père est mort de vieillesse; sa mère était asthmatique; il n'y avait pas eu d'affection tuberculeuse dans la famille du moins à ce que nous avons cru comprendre d'après ce que le malade nous a dit.

Lui-même, dès son jeune âge souffrait d'un léger asthme qui ne l'incommodait pas beaucoup.

Il présente, lors de son entrée (20 février 1891) une dyspnée considérable, mais continue et sans crises ni diurnes ni nocturnes. La voix est stridente et à demi-voilée et la respiration s'entend de loin. L'examen simple de la gorge est impossible ou

à peu près, de sorte que nous ne pouvons pratiquer celui du larynx au moyen du laryngoscope. Il y a du tirage sus et sous-sternal; le malade ne peut respirer qu'à demi-assis sur son lit. Nous sommes, par ce fait, prêt à intervenir à la première alerte. L'auscultation pulmonaire paraît normale : l'air pénètre facilement et on ne constate aucun bruit anormal. Le cœur ne présente rien de particulier; et à part une légère perte d'appétit, toutes les autres fonctions se font normalement.

Quant à l'état général du malade il a été assez satisfaisant malgré une élévation de la température du corps qui a oscillé entre 38° et 38°5.

La langue de notre malade est lobulée, dure au toucher, rouge et les mouvements sont conservés. Elle présente absolument le type de ces langues sclérosées du tertiariisme syphilitique décrites et figurées dans le remarquable ouvrage de M. le professeur Fournier (1).

L'iodure de potassium qu'on prescrit au malade fut porté à la dose de 6 grammes par jour; on institue également le traitement hydrargyrique. Aucune amélioration ne survient au bout de quinze jours de séjour à l'hôpital. La dyspnée au contraire paraît augmenter d'intensité. A plusieurs reprises on ausculte le malade et on ne trouve rien du côté des poumons. Au bout de trois semaines de séjour, sans cause aucune, le malade une heure après son dîner se lève sur son séant, ayant soif d'air, et après quelques convulsions il meurt. La mort, d'après les renseignements que nous avons recueillis a été rapide et non subite.

A l'autopsie faite trente heures après, nous constatons ceci : Le facies est fortement cyanosé; les lèvres bleuâtres et des mucosités dans la bouche; les yeux encore injectés; tout ceci dénotant une mort par asphyxie.

Les poumons sont criblés de granulations du volume d'une tête de clou, grisâtres ou gris jaunâtre, entre lesquelles le tissu pulmonaire paraît sain. Le larynx ouvert par sa face antérieure présente les particularités suivantes : Au niveau de la corde vocale supérieure gauche, on voit une tumeur implantée dans l'épaisseur même de la muqueuse et comme développée au dépens d'elle. Cette tumeur du volume de l'ongle du pouce, s'étendait jusqu'à la glotte et empêchait le jeu de la corde vocale inférieure gauche. De couleur blanc jaunâtre, la tumeur laryngée était sessile et faisait tellement saillie dans l'intérieur du la-

(1) *Des Glossites tertiaires*, Paris, 1877.

rynx qu'elle en obstruait presque complètement la lumière : à peine un stylet de trousse pouvait passer par la partie laissée libre de la cavité laryngée. Nulle part ailleurs la muqueuse ne paraissait, du moins à l'œil nu, altérée.

L'examen histologique de la tumeur, fait par notre cher maître M. Brault, que nous nous empressons de remercier ici, a relevé la nature tuberculeuse de cette tumeur. « Au niveau du larynx, nous dit M. Brault, infiltration tuberculeuse pénétrant profondément en plein muscle; sur quelques points la muqueuse est conservée; presque partout elle est détruite. Sur la trachée granulations tuberculeuses dans la muqueuse et autour des glandes.

Dans le poumon, tubercules conglomérés. »

En somme, lésions tuberculeuses indubitables greffées sur un terrain syphilitique.

Il découle donc de l'observation que nous venons de rapporter plusieurs considérations générales que nous allons examiner.

L'évolution de l'affection chez notre malade a été faite de haut en bas : le larynx primitivement atteint de tubercules, a infecté la trachée d'abord, le poumon ensuite, l'argument le plus favorable à notre opinion est d'une part cette poussée aiguë du côté du larynx et du poumon, et l'absence, d'autre part, des tubercules anciens dans le poumon; c'est d'ailleurs ce que les travaux de Progrebinski, cité par Gouguenheim et Tissier dans leur remarquable travail sur la phtisie laryngée (p. 160), a mis hors de doute, à savoir que la phtisie laryngée primitive existait, et que d'après Bruns la tuberculation primitive du larynx exposait le poumon à des grandes chances d'infection.

Le second point que nous voulons examiner, c'est le diagnostic clinique de tumeurs laryngées entées sur un syphilitique qui ne porte aucune lésion tuberculeuse du poumon ou d'autres organes. La connaissance exacte de ce point nous paraît sinon impossible, du moins extrêmement difficile. Le diagnostic est en effet d'une laryngopathie tuberculeuse chez un syphilitique porteur des lésions du tertiariisme, sans aucune lésion des poumons est, croyons-nous épineux. Si le larynx présentait des ulcérations et d'autres signes de tuber-

culose pulmonaire, le soupçon d'une tuberculose laryngée serait de juste valeur, les commémoratifs du malade aidant. Mais en l'absence d'antécédents héréditaires tuberculeux, comme c'était le cas chez notre malade; en l'absence des signes stéthoscopiques, et avec un état général assez satisfaisant, il eût été hasardeux de poser un diagnostic ferme de tuberculose du larynx.

Nous voulons également dire un mot sur le diagnostic anatomique entre une tumeur tuberculeuse et une tumeur de nature syphilitique. A l'œil nu il est presque impossible de dire s'il s'agit de tuberculose ou de gomme, dans certains cas tout au moins. Plusieurs histologistes à qui nous avons montré la tumeur laryngée de notre malade nous ont déclaré ne pas se prononcer, surtout dans notre cas. Même les granulations tuberculeuses du poumon avaient, à première vue, l'aspect des gommes; l'erreur était donc facile.

En présence d'un cas de tuberculose laryngée, comme celui que nous venons de rapporter, faut-il faire la trachéotomie de propos délibéré, avant l'imminence d'asphyxie? C'est ce que nous nous demandons. Dans un travail publié en 1884 dans le *Bulletin de thérapeutique*, dû à la plume de M. Gouguenheim, et reproduit dans l'excellent travail (1) déjà cité, voici les deux grandes indications de la trachéotomie, dans la phtisie laryngée : « 1° Chez un tuberculeux dont les lésions pulmonaires sont peu prononcées, l'état général satisfaisant et la température à peu près normale, la trachéotomie est indiquée formellement, quand plusieurs accès de suffocation sont causés par la sténose glottique que je viens de décrire; 2° L'existence de lésions sérieuses du parenchyme pulmonaire ne contre-indique pas l'opération si la température n'est pas trop élevée et si les fonctions digestives ne sont pas trop troublées. »

Notre cas ne rentre cependant pas dans ces deux règles : chez Aug. Ernest, il y a eu tuberculose du larynx évoluant lentement, et plus tard poussée aiguë du côté du larynx et surtout du côté du parenchyme pulmonaire. Notre malade

(1) Gouguenheim et Tissier, p. 221.

est donc mort aussi bien de son infiltration du larynx que de son poumon. Mais quoi qu'il en soit, nous croyons que l'intervention par la trachéotomie est encore indiquée dans ces cas; car une survie même de quelques semaines est encore préférable à la mort rapide et brutale par asphyxie.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement de l'otorrhée chronique par quelques nouvelles combinaisons boriquées (Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhœ mit einigen neuen Borverbindungen, Aus der Poliklinik des Herrns Prof. Berthold), par le Dr KAFEMANN. (Broch. de 59 pages; A. W. KAFEMANN, éditeur. Danzig, 1891.)

Le tétraborate de soude neutre et alcalin a été mis en usage par Jänicke; le premier donne une solution à 63 0/0 dans l'eau bouillante, le second jusqu'à 65 0/0; ce liquide est légèrement sirupeux, facilement maniable et ne provoque pas la moindre douleur, ce qui facilite encore son emploi chez les enfants. L'oreille est d'abord soigneusement lavée, par la trompe d'Eustache, s'il le faut, puis le conduit auditif externe est rempli de tétraborate sodique. Le tragus, repoussé dans le conduit, fait pénétrer le liquide profondément et le fait couler par la trompe dans le pharynx, ce dont le malade est averti par un goût désagréable. Le conduit est enfin obturé par un tampon de coton boraté (à 20 0/0), qui est laissé vingt-quatre heures.

Il n'a jamais été observé de furoncles, ni d'eczéma boriqué.

Huit observations d'otites moyennes aiguës guéries en quatre à quinze jours complètement. 26 otorrhées chroniques ont cessé définitivement après deux à quinze jours de traitement. Une quarantaine d'observations, plus ou moins résumées, relatent des cas d'otites chroniques invétérées, compliquées, soignées antérieurement de diverses façons, récidivées, guéries enfin par le traitement au tétraborate de soude.

M. N. W.

De l'emploi des couleurs d'aniline dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles (Ueber die Verwendung von Anilinfarbstoffen bei Nasen; Hals-und Ohren-Leiden), par le

D^r MAXIMILIAN BRESGEN, de Frankfort-s.-M. (Broch. de 30 pages; E. Jungklaas, éditeur. Wiesbaden, 1891.)

De nombreux essais amènent l'auteur à considérer les couleurs d'aniline comme des antiseptiques puissants; le bleu de méthylène est, de plus, analgésiant. Ces couleurs sont absolument inoffensives, pourvu qu'elles soient pures, notamment le bleu sans chlorure de zinc et les violets sans arsenic et sans phénol. Après avoir employé avec plus ou moins de succès la *pyoktanine*, le *violet d'éthyle*, le *bleu de méthylène*, c'est à cette dernière substance que l'auteur s'est arrêté; il l'emploie non plus en solution comme au début, mais en poudre: un peu de coton hydrophile est enroulé au bout d'une baguette, trempée dans une solution de bleu d'abord, dans la poudre ensuite, qui y adhère. Avec cet instrument simple, on porte la poudre sur la muqueuse nasale, pharyngée, etc., et on l'y dépose par des frictions. La production de fausses membranes dans le nez, après la cautérisation, le gonflement jusqu'à présent inévitable, sont ainsi rapidement combattus sinon complètement évités. Dans un certain nombre de cas, il n'y a point de suppuration; dans d'autres, elle est réduite au minimum; aussitôt que les fausses membranes ont cessé de se produire, le sozoiodol de sodium remplace le bleu de méthylène. Trois observations détaillées et d'autres résumées.

Bibliographie fort complète de la question. M. N. W.

Quand est-il utile de se servir du galvano-cautère pour le nez? (*Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen?*), par le D^r MAXIMILIAN BRESGEN. (Broch. de 24 pages; E. Jungklaas, éditeur. Wiesbaden, 1891.)

Deux questions sont examinées dans la brochure: celle de la douche nasale et celle de la galvano-caustique. Quant à la première, l'auteur se déclare l'ennemi résolu du traitement des affections du nez par les injections de liquides quels qu'ils soient. La douche nasale, si répandue, si difficile à combattre, est doublement dangereuse: par son action nuisible sur la muqueuse, qu'elle imbibé et tuméfié; par l'infection fréquente de l'oreille moyenne et des sinus maxillaires et frontaux et, d'autre part, par le retard que ce moyen routinier et illogique apporte à l'emploi de méthodes curatives réelles, chirurgicales. Parmi ces méthodes, la plus répandue est la galvano-caustique, malheureusement souvent fort mal appliquée et, par cela même, décriée depuis que l'engouement primitif s'est calmé. La galvano-

caustique ne peut donner de bons résultats et n'en donne d'excellents que si elle est suffisamment énergique, exécutée lentement sur une muqueuse parfaitement cocaïnisée et surtout suivie d'un traitement antiseptique sérieux. C'est faute d'appliquer ce traitement qu'on enregistre tant de récidives, d'adhérences, de brides dues aux brûlures. L'usage des couleurs d'aniline est, jusqu'à présent, le moyen le plus sûr d'éviter, après la cautérisation, le gonflement, la suppuration, la douleur et les récidives.

M. N. W.

Un moulage métallique du système des cavités pneumatiques du nez (Ein Ausguss vom pneumatischen Hohlensystem der Nase), par le Dr F. SIEBENMANN, de Bâle. (Festschrift zu Ehren des prof. Kocher in Bern; J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

Le moulage est fait par le procédé de Semper-Riem. La pièce est fixée, dégraissée, durcie par le séjour prolongé dans l'acide chromique, l'alcool, la térébenthine. Ensuite la préparation est fixée dans du plâtre, et le métal de Wood, liquéfié, coulé par la narine. L'air sort par des orifices préalablement pratiqués en différents points, et l'injection des cavités accessoires se fait d'une manière parfaite; la corrosion des parties molles et des os, à l'aide de la potasse, libère enfin le moulage.

La description minutieuse de cette pièce intéressante ne serait point compréhensible sans la photographie qui l'accompagne, aussi ne la reproduirons-nous pas. Mais elle permet de tirer des conclusions importantes : les orifices du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales sont situés de façon à être presque inaccessibles au cathétérisme, — il est impossible d'entrer d'arrière en avant et de haut en bas, — ce qui est la direction de ces cavités. On peut, à la rigueur, entrer dans l'orifice de la cavité, mais non dans sa profondeur. Le moulage met en lumière un autre fait moins étudié, notamment le rapport étroit entre la gaine du nerf optique et la cellule ethmoïdale postérieure, cause probable de certaines névrites optiques rétro-bulbaires et d'un cas de cécité subite consécutive à une cautérisation étendue de la cavité nasale.

M. N. W.

Aproxie et céphalalgie chez les écoliers, par le Dr GUYE, professeur d'otologie à l'Université d'Amsterdam. (Lu au 7^e Congrès international d'hygiène et de démographie. Londres, 1891.)

L'auteur rappelle les principaux travaux parus sur l'apro-

sexie depuis qu'il en a donné la première description, et lit deux observations :

Obs. I. — Enfant de 7 ans, de parents riches. Visage stupide, respiration buccale, hypertrophie des amygdales, ouïe presque normale. Cet enfant n'a pas pu apprendre plus de trois lettres de l'ABC dans l'espace de toute une année ; il les apprend toutes peu de semaines après l'amygdalotomie et le traitement de la sténose nasale ; il continue depuis ses études à l'égal des autres enfants.

Obs. II. — Fille de 15 ans, se plaint de céphalalgies habituelles. Ses études sont pénibles ; elle oublie le matin ce qu'elle a appris la veille ; ses notes en classe sont 0 et 1 quelquefois. Huit jours seulement après l'ablation partielle de l'amygdale pharyngée et le traitement de la sténose nasale, l'enfant était changée ; plus de céphalalgie, la note maxima en histoire, etc. Un mois plus tard, c'était une élève heureuse et normale.

En terminant, l'auteur déclare partager les conclusions de Raulin (de Marseille) sur l'urgence qu'il y a à surveiller, à ce point de vue, les enfants des écoles au moment de leur admission et dans le cours des études.

M. N. W.

Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, par MARCEL NATIER. (*Annales de la polyclinique de Paris*, nos 7, 8, 9.)

Bonne description des polypes muqueux des fosses nasales considérés à un point de vue général. Rares sont ces tumeurs au-dessous de 15 ans. L'auteur n'en a pu relever que 31 cas dans la littérature médicale : deux fois il s'agissait de polypes congénitaux. Du reste, avant comme après cet âge, l'évolution clinique de cette affection nous présente une phénoménalité si constante, qu'il n'y a pas lieu d'en distraire un chapitre de monographie infantile. Natier croit, contrairement à Morell Mackenzie, à Moldenhauer, que les inflammations catarrhales de la pituitaire sont des facteurs habituels de la genèse des polypes, et que si ceux-ci se montrent surtout au cornet moyen, il en faut rechercher la seule cause dans les lois de la pesanteur. Au cornet moyen, l'infiltration séreuse, s'accumulant dans les pentes déclives, distend à la longue le tissu sous-muqueux et l'entraîne en bas sous forme d'hypertrophie polypoïde, puis de polypes. Pareille chose ne peut se produire sur le cornet inférieur dont le bord, dès qu'il se développe, vient reposer sur le plancher.

M. L.

**SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE DE PARIS**

Séance du 4 décembre 1891.

Compte rendu par P. GASTOU.

*Deux observations de kystes du nez. — Examen histologique
et bactériologique, par le Dr CHATELLIER.*

Il s'agit de deux malades présentant tous deux dans une des cavités nasales une tumeur arrondie, non adhérente, d'aspect kystique et fluctuante. Ces kystes, contenant de la mucine, furent guéris par ponction.

L'un de ces cas est particulièrement intéressant : Un malade, âgé de 55 ans, se présente avec une tumeur de la région latérale droite du nez. Elle faisait saillie en dehors de la narine et soulevait l'aile du nez en déterminant un gonflement jusque près de la pommette. A l'examen rhinoscopique on la voyait arrondie, du volume d'une amande, se prolongeant dans la cavité nasale et comblant le vestibule. Quoique ferme et résistante, elle donnait dans sa partie la plus saillante la sensation d'une poche de liquide. Il n'existait aucune altération tégumentaire et peu d'adhérences. La tumeur fut ponctionnée au moyen d'une seringue de Pravaz, avec toutes les précautions antiseptiques usitées en pareil cas.

L'examen histologique du liquide retiré montra une très grande quantité de mucine et de pus.

Un érysipèle de la face se déclara bientôt après et la tumeur fit de nouveau saillie.

Une nouvelle ponction pratiquée donna issue à un liquide louche, séro-purulent et contenant des streptocoques.

Pour expliquer l'érysipèle, l'auteur émet l'opinion que le contenu kystique renfermait des streptocoques, qui, en retirant l'aiguille, produisirent un véritable érysipèle expérimental.

Discussion :

M. Martin. — J'ai vu un cas semblable de kyste de la narine gauche guéri par la ponction.

M. Cartaz. — Les kystes du nez sont fort rares, et, d'après la bibliographie que doit connaître M. Chatellier, il n'en existerait qu'une vingtaine de cas. La pathogénie en est du reste donnée d'une façon fantaisiste. Un de mes élèves a fait une thèse sur ce sujet, mais depuis un travail très complet a paru dans le compte rendu de l'Association laryngologique américaine. Certains de ces kystes ont une coque osseuse et peuvent être comparés à un *spina-ventosa* du cornet moyen. Ils siègent rarement sur le cornet inférieur. On les a considérés comme muqueux. Quand ils siègent au niveau du périoste ils sont d'une interprétation difficile.

M. Chatellier. — Les kystes par rétention glandulaire se font dans le nez par le même mécanisme que dans les autres organes, c'est-à-dire par obstruction. Quand il n'y a pas de glandes, la pathogénie est plus difficile à saisir : est-ce un kyste ? est-ce une cavité ?

M. Ruault. — J'ai vu une tumeur simulant un kyste ethmoïdal. Il existait un écoulement purulent. En réalité ce n'était pas un kyste.

M. Loewenberg. — Dans l'observation relatée il y a un point intéressant à déduire : tant que le kyste a été fermé il n'y a pas eu d'inflammation. La ponction faite, le kyste s'enflamme et le streptocoque inoffensif auparavant fait suppurer. M. Chatellier ne nous a pas dit s'il existait des crochets.

M. Chatellier. — Pas de trace de crochets.

M. Potiquet pense que la dilatation ampullaire du cornet osseux moyen, à laquelle il a été fait allusion, ne résulte point d'un processus pathologique. Il y voit plutôt une anomalie de développement, un fait de réversion qu'explique l'anatomie comparée. Mais, comme toutes les anomalies de développement du reste, celle-ci appellerait assez volontiers sur l'organe qu'elle atteint des altérations morbides. La muqueuse qui revêt l'extrémité antérieure dilatée du cornet moyen, plus exposée par ce fait aux influences nocives, s'enflammerait plus aisément, et là seulement serait l'état pathologique.

M. Gouguenheim. — A quelle époque le kyste s'est-il développé ?

M. Chatellier. — Le malade n'en savait rien.

M. Gouguenheim. — Quand la narine a-t-elle été bouchée et comment le malade s'aperçut-il de la présence de la tumeur ?

M. Chatellier. — La narine ne fut jamais entièrement obstruée

et le malade prétend que la tumeur s'est développée rapidement en 10 à 15 jours.

M. Gouguenheim. — Si je fais ces objections, c'est que la différence entre un kyste et un abcès ne semble pas bien établie.

M. Chatellier. — Je répondrai à M. Gouguenheim qu'il existait quelque chose depuis longtemps dans la narine; le malade ne s'en préoccupa aucunement avant le moment où ce quelque chose se mit à se développer rapidement. J'ai dit que le liquide retiré dans la première ponction n'offrait aucun caractère de purulence et que l'examen ne montrait que de la mucosine.

M. Gouguenheim. — J'ai vu des tumeurs inflammatoires qui, à un stade éloigné de leur début, ne contenaient plus ni sang ni pus. Elles avaient été souvent la conséquence d'un traumatisme ou d'une inflammation quelconque, elles se distinguaient de l'hématome en ce que la poche kystique contenant le sang n'existait plus.

M. Chatellier. — Je regrette de ne pouvoir éclaircir ces différents points, le malade ne m'ayant fourni aucun renseignement.

*Contribution à l'étude des angines phlegmoneuses,
par le Dr RUAULT.*

L'auteur lit un intéressant travail sur l'*angine linguale*, qu'il différencie des autres angines occupant les différents groupes de follicules clos péri-pharyngiens, et des affections pouvant simuler l'angine, telles, par exemple : la glossite basique inter-musculaire, le phlegmon péri-laryngien, etc., etc.

M. Ruault désigne à l'*angine linguale* les signes caractéristiques suivants : douleur intense à la déglutition, douleurs auriculaires, douleur médiastinale, consistant en sensation constrictive pénible au niveau de la fourchette sternale; tuméfaction notable de la base de la langue, quelquefois accès de suffocation. Le meilleur traitement de cette angine est la scarification de la base de la langue.

Discussion :

M. Moura. — J'ai vu également un cas d'angine linguale. Le malade ne pouvait avaler; après scarification, il s'est écoulé du pus et en 2 jours il a guéri.

M. Luc. — Je rapprocherai de ces faits le cas d'un malade, officier de marine, ayant des abcès à répétition de l'amygdale linguale. Il eut la fièvre jaune et depuis cette époque des récidives

plusieurs fois par an, et cela malgré la plus rigoureuse antiseptie de la bouche faite après chaque repas.

M. Ruault. — Ces récidives sont fréquentes et se produisent deux fois sur six.

M. Loewenberg. — L'antiseptie buccale est souvent une illusion. Nos moyens sont limités pour nettoyer le rendez-vous de tous les microbes. Je fais habituellement des lavages de sublimé au millième et je saupoudre ensuite d'acide borique. Le desideratum serait de pouvoir appliquer un enduit permanent antiseptique, par exemple du collodion; on empêcherait ainsi la pullulation dans la salive ou le mucus, mais cela est bien difficile.

M. Luc. — Je ne crois pas qu'il faille exagérer la difficulté qu'il y a à faire une bonne antiseptie de la bouche. Que faut-il? débarrasser la bouche des particules alimentaires qu'elle contient: les lavages remplissent entièrement ce but.

M. Hermet. — Il n'est pas démontré que l'acide borique soit suffisamment antiseptique. L'emploi du sublimé au millième me semble exagéré.

M. Loewenberg. — Quand j'ai dit des lavages au sublimé au millième, il faut comprendre des badigeonnages, et non pas des gargarismes.

M. Gouguenheim. — Dans la communication de M. Ruault, je n'ai pu suffisamment voir pourquoi il avait localisé le processus inflammatoire à la quatrième amygdale? Cette amygdale était-elle très gonflée? Y avait-il des signes évidents?

M. Ruault. — Je n'ai pu m'entendre suffisamment sur tous ces points et je vous renvoie à mon mémoire.

M. Gouguenheim. — C'est là, en tout cas, une localisation rare que peut-être la constitution médicale favoriserait. Il eût été très important de faire un examen bactériologique, et, le cas étant rare, il n'en aurait présenté que plus d'intérêt.

M. Ruault. — Le pus a été évacué la nuit et n'a pu être recueilli. En supposant qu'on l'eûtensemencé, la pathogénie en eût-elle été plus éclairée? Je ne le crois pas. Il y a des causes autres qui nous échappent. Ainsi l'un de mes malades vit l'abcès se développer après avoir mangé du perdreau faisandé. C'est généralement après un empoisonnement d'origine alimentaire, après infection intestinale, altération quelconque des tumeurs, refroidissement, que la maladie éclate. La gingivite arthro-den-

taire y prédispose. Il ne faut pas dans l'angine linguale négliger l'antisepsie générale.

M. Gouguenheim. — Si j'insiste sur la connaissance des signes exacts, c'est dans le but de savoir pourquoi M. Ruault admet cette localisation à la quatrième amygdale et non pas ailleurs.

M. Ruault. — J'ai déjà donné les signes, et je crois que l'angine linguale ne pouvait être confondue qu'avec la péri-amygdalite linguale ou la glossite intra-musculaire.

M. Gouguenheim. — Cette confusion me semble en effet facile, et c'est pourquoi il est important d'être fixé sur les signes certains de l'angine linguale, qu'il me semble difficile d'isoler jusqu'à présent des inflammations de siège voisin.

Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée (angine de Tornwaldt), par le Dr RUAULT.

M. Ruault expose un traitement qui consiste à pénétrer dans la cavité de la bourse à l'aide de stylets coupants coudés d'une façon spéciale et à pratiquer la dissection des parois.

Discussion :

M. Lubet-Barbon demande que la discussion du traitement de l'angine de Tornwaldt soit reportée à la prochaine séance. Il tient à exposer un traitement par le curettage tout à fait différent de celui qu'emploie le Dr Ruault.

Vertiges de Ménière. — *Battements pulsatiles à l'endoscope dénégant l'otite*, par le Dr GELLÉ.

Lorsqu'un malade se présente avec le syndrome de Ménière, la première idée qui vient à l'esprit est celle de l'existence d'une affection névropathique ou bien encore d'une affection stomacale, surtout quand les accidents succèdent à l'ingestion des aliments ou s'ils sont suivis de nausées et de vomissements. Le diagnostic doit changer cependant, le jour où la constatation d'une surdité rebelle ou de bourdonnements agaçants vient fixer l'attention sur l'oreille.

La clinique montre combien l'état de l'estomac a d'influence sur les troubles liés aux affections otiques; il en est de même de l'état de la circulation et des organes de la respiration, qui provoquent, entretiennent ou font récidiver les bourdonnements, les vertiges, les douleurs et la surdité.

En dehors des signes indiquant une sclérose ou une lésion ancienne du tympan, on peut observer en certains cas des bat-

tements pulsatiles sur l'endoscope, lesquels ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fluxion active et peut-être sur une prolifération vasculaire dans la cavité de l'oreille moyenne, masquée par un tympan sans caractère, ou même d'un aspect tout à fait capable d'induire en erreur.

L'auteur, après avoir cité plusieurs observations, les analyse pour montrer l'utilité des battements pulsatiles à l'endoscope constatés dans les cas de vertiges de Ménière symptomatiques d'une otite.

Discussion :

M. Potiquet craint que *M. Gellé*, en faisant des oscillations du liquide contenu dans le manomètre auriculaire un signe certain de lésion congestive intra-tympanique latente, la membrane du tympan se montrant intacte, n'ait commis une erreur d'interprétation. En se plaçant dans des conditions un peu différentes de celles où opère *M. Gellé*, notamment en substituant dans le manomètre de *M. Politzer* à l'eau un liquide plus léger, un petit index d'éther, *M. Potiquet* s'est convaincu que l'index d'éther peut éprouver des oscillations nettement isochrones au pouls, alors qu'il y a tout lieu de croire l'oreille moyenne entièrement saine.

Il ne voit dans ce phénomène qu'une secousse communiquée à cet index très mobile, par la pulsation des artères contenues dans les parois du conduit auditif, membrane du tympan comprise, et par l'impulsion que ces parois peuvent recevoir des vaisseaux du voisinage.

M. Gellé. — Il y a sept ans, j'ai décrit l'expérimentation et son instrumentation. L'éther est instable. Vous avez opéré sur vous-même, cela rend l'observation très délicate. Pour introduire l'appareil vous remuez. Les battements de l'artère temporale, les mouvements inconscients de la mâchoire, les contractions du peaucier, suffisent pour induire en erreur. J'introduis l'embout avec soin, évitant les contacts. J'ai vu des battements sans vascularisation.

M. Potiquet. — Je me suis mis en garde contre toutes les causes d'erreur qu'indique *M. Gellé*.

M. Gellé. — Alors qu'en concluez-vous?

M. Potiquet. — Je conclus qu'il y a erreur d'interprétation.

M. Gellé. — Nous ne voyons pas de même, et jusqu'à preuve du contraire je garde mon opinion, basée sur 15 ans de recherches, contre une objection résultant de 8 jours d'expérience.

ASSOCIATION OTOLOGIQUE AMÉRICAINE

XXIV^e Congrès, tenu à Washington le 22 septembre 1891.

(Compte rendu du *Medical Record*, 26 septembre 1891.)

I. — *Inflammation mastoïdienne*, par H. KNAPP. — Knapp rapporte deux observations d'opérations pour inflammation mastoïdienne. Dans la première le malade mourut de méningite consécutive à la continuation des accidents. L'autopsie montra que si l'ouverture de l'os avait été poussée à trois millimètres plus profondément, la mort aurait sans doute été évitée. Dans le second cas il y avait congestion simple. Guérison. Très grande amélioration du pouvoir auditif.

II. — *Ouverture de l'apophyse mastoïde et ablation du tissu malade*, par C.-J. BLAKE. — Dans 23 cas de mastoïdite, Blake a largement ouvert l'os, enlevé avec la curette toutes les parties atteintes, lavé avec une solution de sublimé faible. Les résultats sont excellents, la cicatrisation rapide, si l'opération est précoce. L'empâtement constitue le signe capital qui doit décider l'intervention. Dans deux cas où l'intervention radicale fut différée, les suites furent au contraire mauvaises. Le premier malade traité par l'incision simple finit par mourir de méningite malgré une trépanation secondaire de l'apophyse. Le second perdit un œil à la suite d'endochoroïdite métastatique.

Discussion :

GRUENING insiste sur la valeur séméiologique de l'empâtement et sur la nécessité d'enlever toute la couche corticale de l'os pour ne pas méconnaître des portions atteintes.

III. — *Otite moyenne aiguë*, par J.-M. RAY. — Méningite consécutive à une otite moyenne aiguë. Il y eut métastase par la circulation générale et non extension locale, l'os temporal n'ayant pas été trouvé altéré à l'autopsie.

IV. — *Épilepsie d'origine auriculaire*, par B.-A. RANDALL. — Otorrhée et large exostose du conduit auditif avec accidents épileptiformes. Trépanation. Au quatorzième jour, accidents de mastoïdite, méningite et mort.

V. — *Excision de la membrane du tympan et du marteau né-*

croisé pour une otite moyenne purulente, par C.-H. BURNETT. — Quatre observations avec résultats satisfaisants. Dans la première il n'y avait pas de troubles auditifs. L'otorrhée datant de vingt-cinq ans fut guérie en neuf mois. Dans la seconde l'otorrhée datant de cinq ans fut améliorée mais non guérie. La distance auditive s'étendit de dix pouces, qu'elle était avant l'opération, à dix pieds. Dans la troisième guérison de l'otorrhée le pouvoir auditif, nul avant l'opération, est assez amélioré pour permettre d'entendre à la distance de deux pieds. Dans la quatrième guérison de l'otorrhée datant de trente ans. La distance auditive passe de six pouces à deux pieds.

VI. — *Traitement des mastoidites par la glace*, par GORHAM-BACON. — Appliqué dès le début, le sac de glace enrayerait souvent l'inflammation.

VII. — *Traitement des perforations anciennes du tympan*, par THEOBALD. — Theobald préfère aux membranes artificielles de papier, de tissus organiques, de petits tampons de ouate hydrophile imbibés de vaseline pour oblitérer la perforation. L'addition de baume du Pérou à la vaseline contribuerait à stimuler la cicatrisation.

VIII. — *Luxation anormale du manche du marteau*, par THEOBALD. — Cette luxation était due à une otite ancienne.

IX. — *Anatomie de l'oreille de l'éléphant*, par HUNTINGTON-RICHARDS.

Sont élus pour 1892 : *Président*, GORHAM-BACON, de New-York ; *Vice-Président*, HUNTINGTON-RICHARDS, de New-York ; *Secrétaire*, VERMYNE, de New-Bewford. Le prochain Congrès aura lieu à New-London, en juillet 1892.

A.-F. P.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

XIII^e Congrès annuel, tenu à Washington les 22, 23,
24 septembre 1891.

(D'après les comptes rendus du *Medical Record*, 26 septembre
et 3 octobre 1891.)

I. *Corps étranger singulier de la trachée*, par GLASGOW. — Observation remarquable : 1^o par la nature du corps étranger,

un petit ballon en caoutchouc, muni d'un tube, le tout d'un volume tel qu'on comprenait à peine qu'il eût pu pénétrer dans la trachée d'un enfant de 8 ans; 2° par l'absence complète de troubles respiratoires quand on apporta l'enfant. Mais tout à coup, pendant le simple examen de la gorge, éclata une terrible attaque de suffocation, qui força à faire la trachéotomie. Le ballon se détacha du tube pendant la tentative d'extraction. Le tube, resté, dut être extrait après coup, et comme il était trop large pour sortir par la plaie trachéale, on dut le faire passer par la glotte et le reprendre par la bouche. Guérison rapide et complète.

II. *Thyrotomie chez un enfant de 18 mois*, par CLINTON WAGNER. — Comme indication de la thyrotomie, Wagner admet les corps étrangers et les tumeurs bénignes. Il a pratiqué six fois cette opération pour des ablations de tumeurs malignes. Ces opérations, bien tolérées, ont été toutes suivies de récidives rapides. Dans la tuberculose, l'opération est absolument contre-indiquée.

L'opération faite chez un enfant de 18 mois fut motivée par un papillome, qui avait donné lieu à des accidents pris tout d'abord pour de l'asthme. Par suite d'une série de circonstances extrachirurgicales, la canule dut être laissée à demeure. L'enfant survécut onze mois et mourut accidentellement de la grippe.

Discussion : RICE insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis avant l'opération. L'emploi simultané de la cocaïne et du chloroforme, à faible dose, permet même chez l'enfant l'examen et l'opération par les voies naturelles. S'il survient des accidents de spasme au cours de l'intervention, on peut y remédier séance tenante par l'intubation.

Ingals recommande le toucher laryngé pour le diagnostic des obstructions siégeant entre les cordes vocales.

III. *Les amygdales à l'état normal et pathologique*, par ALLEN. — Dans cette étude sur la physiologie et la pathologie des amygdales, signalons seulement deux points :

1° Dans l'hypertrophie on trouve souvent des communications entre les lacunes, véritables fistules de l'amygdale. Quand, comme le fait est fréquent, il y a en même temps des végétations adénoïdes, on doit commencer par enlever ces végétations, puis la fistule est incisée. La tonsillotomie n'est pas nécessaire. Mais parfois on doit exciser les lambeaux exubérants de la fistule et conseiller les astringents;

2° Les abcès chroniques persistant des années en entretenant une irritation permanente, renfermant seulement quelques gouttes de pus, ne sont pas très rares.

Discussion : WRIGHT, dans le cas d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes associées, pense, au contraire de Allen, qu'il faut même débiter par la tonsillotomie. Celle-ci suffit assez souvent à faire disparaître les végétations.

Rœ, pour ouvrir les abcès des amygdales, recommande l'usage de simples ciseaux pointus.

IV. *Troubles causés par l'hypertrophie de l'épiglotte*, par RICE. — Comme causes de l'hypertrophie de l'épiglotte, Rice indique les traumatismes, le tabac, l'alcool, les troubles gastro-intestinaux.

Les hypertrophies dues à la syphilis, au lupus, à la tuberculose, et les hypertrophies d'origine congénitale forment deux autres groupes de cette affection.

Les symptômes fonctionnels principaux sont une gêne dans la gorge, une toux avec déglutition avide. La laryngite catarrhale chronique est une complication constante.

Comme traitement, les astringents sont inutiles, la cocaïne suffit presque seule dans les cas très légers; le galvano-cautère amène une réaction inflammatoire trop forte. Les excisions partielles, avec des pinces coupantes, paraissent préférables.

Discussion : VANDERPOEL recommande surtout comme moyen d'intervention la curette tranchante.

V. *Asthme et troubles des voies respiratoires supérieures*, par F.-H. BOSWORTH. — L'asthme est produit par trois éléments associés : 1° un élément nerveux; 2° un élément atmosphérique; 3° une affection intra-nasale.

Sur 88 cas, depuis sa dernière communication, Bosworth a pu en guérir 42, en améliorer 32. Deux seulement n'ont eu aucune amélioration; le résultat chez les 11 autres est resté inconnu. Un intervalle d'un an sans crise est nécessaire pour que Bosworth compte les cas comme guérison.

Discussion : La conclusion générale de la discussion, à laquelle prennent part BEVERLEY ROBINSON, WAGNER, SHURLY, INGALS, etc., etc., est que les causes de l'asthme sont multiples, protéiformes; que les déplacements internes, les troubles gastriques, les scléroses pulmonaires, la malaria, les affections rénales, la bronchite chronique, jouent un rôle. Les affections

nasales sont une cause assez fréquente, mais bien loin d'être constante.

VI. *Papillomes des fosses nasales*, par WRIGHT. — Wright insiste sur la rareté de ces papillomes, dont il n'a jamais observé qu'un cas. Les papillomes ne semblent guère se développer que sur la cloison et à l'entrée des fosses nasales, au point où se fait la jonction de la muqueuse et de la peau.

Discussion : JARVIS, pour obtenir une guérison durable, fait toujours suivre l'ablation d'une cautérisation du point d'implantation à l'acide chromique.

MACKENZIE a vu des malades expulser, en se mouchant, de petits morceaux de chaux semblables à des papillomes et être momentanément soulagés. C'est vers la rhinite atrophique que se faisait l'évolution ultérieure de la maladie.

VII. *Tuberculose nasale chez un singe*, par SHURLY. — Malgré la présence de bacilles dans le pus des fosses nasales, on ne trouva, à l'autopsie, qu'un gonflement des cornets où le microscope ne montra pas d'éléments tuberculeux. Pas de tuberculose des viscères. L'intégrité du poumon en particulier, organe si facilement tuberculisable chez le singe, est remarquable, et Shurly arrive à se demander si, malgré la présence des bacilles, le diagnostic doit être maintenu, et s'il ne faut pas songer à quelque rhinite par corps étranger, la présence des bacilles étant accidentelle.

VIII. *Kyste du cornet moyen*, par KNIGHT. — Ces kystes seraient fréquents, mais souvent confondus avec des myxomes. La minceur de leur paroi, la facilité de leur rupture, leur translucidité, sont assez caractéristiques. On les confond parfois aussi avec des ostéomes, car, très tendus, ils peuvent être durs, résistants. Les accidents de compression, hémicranie, névralgie diverse de la cinquième paire, constituent les principaux troubles fonctionnels.

Ces kystes s'observent rarement avant 20 ans. Ils sont fréquents chez les femmes d'âge moyen.

On les a attribués soit à une ostéite raréfiante, soit à une rhinite hypertrophique. Knight se range à la seconde théorie.

Discussion : WRIGHT rapporte un cas où le contenu du kyste était granuleux.

IX. *Les diverses affections des cellules ethmoïdales*, par BOSWORTH. — Bosworth distingue cinq variétés d'affections des cellules ethmoïdales :

1^o Dégénérescence myxomateuse sans suppuration. Cette dégénérescence est ordinairement le prélude de polypes des fosses nasales ;

2^o Dégénérescence myxomateuse extra-cellulaire avec suppuration provenant des cellules. Cette forme n'est qu'un stade plus avancé de la précédente. Son diagnostic avec les suppurations du sinus offre souvent de grandes difficultés ;

3^o Ethmoïdite purulente avec polypes des fosses nasales. Dans 7 cas sur 13, cette forme se compliquait d'abcès du sinus maxillaire ;

4^o Polype intercellulaire sans suppuration ;

5^o Polype intercellulaire avec suppuration.

Bosworth reconnaît lui-même que cette classification n'est ni parfaite ni absolument claire. Il la croit pourtant préférable au terme vague d'ethmoïdite.

Le traitement consiste avant tout à enlever largement tout le tissu malade, et, dans le cas de suppuration, à bien ouvrir les plus petites cavités atteintes. Une curette très fine est le meilleur instrument pour bien ouvrir ces cavités.

Discussion : WRIGHT pense que les formes aiguës d'ethmoïdites guérissent souvent sans intervention.

MULLHALL est, au contraire, partisan d'intervention très active. La curette lui a donné de très bons résultats.

X. *Traitement radical des myxomes des fosses nasales*, par CASSELBERRY. — Casselberry pense qu'il est souvent nécessaire d'enlever avec le myxome l'extrémité antéro-inférieure du cornet moyen en se servant de ciseaux courbes ou de pinces coupantes. Il est bon de toucher le point d'implantation au galvanocautère.

Discussion : SAJOUS est également partisan de l'ablation d'un fragment osseux. Il emploie souvent une électrode recouverte de verre et terminée par une lame de platine courbe au moyen de laquelle il peut alternatiser, gratter et cautériser.

RICE, quand l'ablation du tissu est trop large, redoute à la suite la rhinite atrophique.

XI. *Altérations déterminées par l'influenza du côté des voies respiratoires supérieures*, par J. SOLIS-COHEN. — La lésion la plus caractéristique produite par l'influenza est une sorte d'œdème lymphoïde pouvant occuper les divers points du pharynx et du larynx, envahir même les sinus des fosses nasales. Quand la glotte est atteinte, la mort peut survenir par asphyxie.

Les hémorragies, les abcès du larynx, les ecchymoses trachéales ne sont pas très rares. La paralysie des cordes vocales a pu être observée comme après la diphtérie.

On connaît la fréquence de l'otite moyenne.

Cohen termine en rapportant deux observations extraordinaires : l'une d'épithélioma du voile du palais, l'autre de tuberculose du larynx et du poumon, qui auraient été guéris (!) à la suite d'atteintes d'influenza.

Discussion : Røe, dans la grippe, a remarqué que les troubles céphaliques étaient très accentués chez les malades atteints de rhinite hypertrophique antérieure. De même ceux qui sont atteints de pharyngite chronique ont des déterminations pharyngées particulièrement vives.

JARVIS insiste sur la prédisposition particulière que paraissent créer les affections de la cloison.

GLASGOW a vu un abcès du sinus maxillaire à la suite de la grippe.

XII. *Contraction cicatricielle du larynx*, par W. C. JARVIS.

— Jarvis tire de son observation les conclusions suivantes :

1° La vie peut persister pendant des années avec une respiration se faisant par un larynx extrêmement rétréci. Grâce à l'habitude, à l'attention constante, au soin particulier à respirer par le nez, le malade respirait par un orifice glottique n'ayant plus que les dimensions nécessaires pour laisser passer le bout d'une allumette ordinaire ;

2° La mort peut, en pareil cas, survenir non par asphyxie mais par épuisement ;

3° Le traitement local et en particulier les pommades lubrifiantes, vaseline, huile, peuvent donner un grand soulagement ;

4° L'usage interne de l'iode de potassium peut, alors même que l'affection syphilitique est fort ancienne et la lésion tout à fait cicatricielle, amener une grande diminution de la dyspnée ;

5° La trachéotomie est l'opération indiquée si la dyspnée devient trop intense. L'intubation est contre-indiquée par l'épaisseur, la densité, la résistance du tissu cicatriciel et les dangers très grands de spasme.

Discussion : MACKENZIE a observé un cas rappelant, à quelques égards, le cas de Jarvis. La trachéotomie avait été faite sans apporter de soulagement. On trouva, à la bifurcation de la trachée, un rétrécissement d'origine syphilitique si serré, qu'il laissait à peine passer le bout d'un stylet.

CASSELBERRY combat les mesures palliatives. Le tubage est dangereux. Mieux vaut faire la trachéotomie, suivie du traitement par la dilatation et l'iode.

SAJOUS montre les dangers de l'iodure, surtout chez les malades à reins fonctionnant mal. Des doses trop fortes peuvent être causes d'œdème de la glotte.

XIII. *Un cas d'épithélioma du larynx*, par MORRIS J. ASH. — Dans ce cas d'épithélioma, la pyocétanine fut employée extérieurement et intérieurement sans résultat favorable. Employée intérieurement, elle fut très mal supportée par l'estomac.

XIV. *Néoplasmes trachéo-laryngés de la tuberculose*, par JOHN N. MACKENZIE. — John Mackenzie en distingue trois grandes formes :

1° Hyperplasies papillaires simples, granulations naissant des bords et du fond des ulcérations;

2° Petites tumeurs verruqueuses acuminées ayant l'aspect et la structure des papillomes siégeant surtout dans l'espace interaryténoïdien. Ces papillomes présagent l'apparition d'accidents locaux sérieux ;

3° Masses tuberculeuses isolées se développant surtout dans le tissu conjonctif sous-muqueux et respectant relativement la surface de la muqueuse.

Discussion : SOLIS COHEN rapporte un fait de guérison de papillomes tuberculeux occupant toute une moitié du larynx obtenue par l'ablation partielle et l'acide lactique. La créosote fut employée intérieurement.

SAJOUS se loue beaucoup de l'acide chromique.

XV. *Diathèses générales et affections des voies respiratoires supérieures*, par BEVERLEY ROBINSON. — Robinson insiste sur le rôle du rhumatisme, de la scrofule, de la syphilis, de la goutte, et surtout de la malaria.

Sont élus pour 1892 : *Président*, LANGMAID (de Boston) ; *vice-présidents*, ASH (de New-York), JOHNSTON (de Baltimore) ; *secrétaires*, KNIGHT (de New-York) ; *archiviste*, FRENCH (de Brooklyn). — Le Congrès se tiendra à Boston en juin 1892. A. F. P.

PRESSE FRANÇAISE

Spasmes cloniques du pharynx. — Aérophagie hystérique, par
L. BOUVERET. (*Revue de médecine*, février 1891.)

Bouveret cite le cas d'une femme de 39 ans, qui, à la suite d'attaques réitérées d'hystérie, eut des accidents spéciaux causés par des *contractions* très fréquentes du pharynx (40 à 60 par minute), ayant pour résultat l'ingestion de grandes quantités d'air. A la fin, des *éruptions* déterminaient une sortie d'air assez notable. L'ingestion d'air semblait réelle, car on pouvait, par l'auscultation de l'œsophage, constater l'existence de ce phénomène; enfin, l'air évacué à la fin n'avait aucun des caractères des gaz de la digestion. L'excitation du pharynx et de certaines zones exaltait un accès, dont la durée était généralement assez courte, mais la répétition très fréquente : par le rythme et la régularité, et enfin par la nature du terrain morbide, il est certain que ces accès étaient de cause hystérique.

A. G.

Angine de Ludwig, par Michel. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, nov.-déc., 1890, p. 513.)

Homme de 38 ans, malade 4 jours seulement, et mort le jour même de son entrée à l'hôpital. Le mal semble être la suite d'une carie dentaire. La région sus-hyoïdienne est tuméfiée, et le plancher de la bouche est entièrement infiltré. Le malade peut à peine avaler, et il respire avec difficulté; la voix est à peu près normale; il succombe dans un accès de suffocation, sans avoir pu être soulagé. On trouve à l'autopsie de l'œdème de la région avec adénopathie sous-maxillaire très accusée. Il y a un peu de pus à l'angle de la mâchoire. La muqueuse pharyngienne est rouge et tuméfiée surtout en arrière du larynx, qui est le siège d'un œdème considérable sus-glottique. La luette est œdématiée. Pas d'examen bactériologique.

L'auteur voit avec raison dans cette observation un cas typique de l'angine dite de Ludwig, que l'on pourrait mieux dénommer phlegmon sous-maxillaire infectieux.

A. G.

Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles, pharyngée et préépiglottique, 3^e et 4^e amygdales,

par E. J. MOURE et RAULIN. (*Revue de laryngol.*, 15 mars et 1^{er} avril 1891.)

Travail basé sur quatre observations qui sont insérées à la fin avec deux planches. Après une description rapide du tissu adénoïde de toute la gorge, les auteurs décrivent des manifestations secondaires de la 4^e amygdale se présentant sous deux formes, une disséminée et une forme agminée en tumeur, les signes objectifs sont typiques, les signes subjectifs sont d'une importance variable; il existe un peu de dysphagie. Les signes dus à l'envahissement de la 3^e amygdale ne diffèrent guère de ceux qui sont dus aux végétations adénoïdes. Enfin, les auteurs décrivent une coarctation pharyngienne due, supposent-ils, à l'envahissement des follicules pharyngiens. Le traitement local doit être fait avec précaution, quand il s'agit de la 4^e amygdale, à cause du voisinage du larynx. La galvanocaustique a dû être employée, quand les tissus étaient indurés et incapables de diminuer. Le traitement pour la 3^e amygdale a été celui des végétations adénoïdes.

Les auteurs nous semblent avoir prêté au tissu adénoïde de la base de la langue une importance peut-être excessive à la genèse de ces lésions. Pour ce qui concerne les lésions de cette région, ayant fait l'examen laryngoscopique de tous les malades pendant un temps assez long passé à l'hôpital de Lourcine, nous avons très rarement vu cette altération. Quant à l'explication du début des ulcérations tertiaires par la face postérieure du voile du palais, elle nous semble risquée, faute d'examen anatomopathologique.

A. G.

Kystes de la voûte du pharynx, par RAULIN. (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1^{er} septembre 1891.)

Les tumeurs étudiées par Raulin siègent à la région où se rencontrent les végétations adénoïdes, c'est chez les adultes entre 30 et 60 ans qu'on les rencontre le plus souvent; le sexe masculin est plus fréquemment atteint, et les professions sont très variables, les tumeurs sont de grosseurs très différentes, du volume d'un pois à celui d'une noix; l'enveloppe est transparente sans être aussi brillante que celle des myxômes du nez, et le contenu est un liquide visqueux, peu abondant, analogue à celui des kystes colloïdes. Les tissus sont subjectifs et objectifs. *Subjectifs*: ce sont les signes que tous les auteurs ont décrits dans l'étude des tumeurs du cavum pharyngien; névralgies très va-

riables, dyspnée, troubles vocaux; *objectifs* : ce sont ceux fournis par la rhinoscopie postérieure et le toucher; le diagnostic est à faire avec les tumeurs adénoïdes et les myxômes, tombant dans l'arrière-gorge; le traitement varie suivant la grosseur de la tumeur, l'auteur recommande l'ouverture avec le galvanocautère, quand le kyste est peu volumineux, et l'arrachement avec un emporte-pièce, quand il est considérable. L'examen histologique d'une pièce extraite d'un de ses malades montre bien la nature kystique de l'affection. Cet examen a été fait par Nepveu.

L'origine de ces kystes est encore assez obscure. Raulin croit, d'après le résultat des recherches histologiques, que le tissu adénoïde peut en être l'origine dans certains cas, et dans d'autres cas des altérations glandulaires en seraient la cause. Dans le premier cas, le tissu adénoïde serait en contact presque direct avec le contenu du kyste; dans le second cas, il serait plus en dehors. Il pense que ces tumeurs, peu étudiées en France, sont beaucoup plus communes qu'on ne l'a décrit, et il s'appuie, indépendamment de ses recherches, sur celles de Tornwaldt. Ce serait, en un mot, la *réhabilitation* des recherches cliniques et anatomo-pathologiques du médecin de Dantzig, et pour notre part, nous serions disposé à croire que ce dernier ne se serait pas trompé avec autant de facilité que l'ont cru ceux qui l'ont critiqué dans son pays.

A. G.

Angine œdémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée de cause interne, par MOREL-LAVALLÉE. (*Arch. internat. de laryngol.*, etc., mai-juin 1889, p. 140.)

Jeune femme syphilitique atteinte d'une suppuration du conduit auditif de cette cause avec surdité. Le Dr Hermet, consulté, prescrivit des lavages émollients et une insufflation de salol en poudre : 3 jours après fièvre, céphalalgie et vomissements, gonflement énorme du pavillon de l'oreille, de l'isthme du gosier et de la luette. Le Dr Brocq, appelé, opina pour l'existence d'accidents salolés. En trois ou quatre jours les accidents disparurent. L'auteur rappelle l'explication de Besnier sur la propriété du salol, *si bien toléré dans l'estomac*, de se dédoubler en ses deux composants si toxiques en présence des corps gras. A. G.

Un cas d'angine gangreneuse primitive, par LUZET. (*France médicale*, 10 avril 1891.)

L'auteur cite l'observation d'un jeune homme de 19 ans qui,

au bout de huit à dix jours d'un état maladif caractérisé surtout par un état adynamique extrêmement prononcé, fut pris d'une inflammation de la gorge qui revêtit rapidement les caractères physiques les plus inquiétants. L'amygdale droite était convertie entièrement en une tumeur d'aspect gangreneux, et la salivation était d'une fétidité excessive. Cette escharre tendait à envahir le voile du palais et s'étendait jusque près du larynx. Les tissus environnants étaient extrêmement pâles. Le malade eut du purpura et s'éteignit huit jours après son entrée à l'hôpital, avec une température de 39 à 40°. L'examen du sang fut fait avec le soin que comportent ces explorations, dans le service du professeur Hayem il y avait peu d'altérations globulaires, mais la couenne ne put se produire, comme cela s'observe dans les fièvres infectieuses. Le malade aurait pu être considéré comme atteint d'une fièvre typhoïde, mais l'examen anatomopathologique infirma cette hypothèse, qui du reste n'avait pas été admise pendant la vie du malade. A. G.

Angine diphthéroïde de la syphilis secondaire, par A. ROBIN et DEGUÉRET. (*Gazette médicale de Paris*, 18 juillet 1891.)

Le travail actuel est basé sur trois observations; les auteurs nous font voir la rareté de l'aspect diphthéritique des syphilides de la gorge, et la difficulté que rencontre le diagnostic quand la température s'élève et lorsque les fausses membranes non seulement existent à la face antérieure du voile, mais aussi à la face postérieure du voile du palais. Enfin, les auteurs ont, conformément à l'opinion de Hauttement, qui a fait une thèse inaugurale sur ce sujet, constaté la tardivité de ce signe, qui se montre de six mois à un an après les accidents primitifs. Rien de particulier sur la thérapeutique. A. G.

Sur une variété de stomatite diphthéroïde à staphylocoques (*stomatite impétigineuse*, par SEVESTRE et GASTOU. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 26 juin 1891, p. 346.)

Les auteurs présentent à la Société un travail édifié d'après l'histoire de 10 cas de stomatite non propagée au voile du palais, caractérisée par le gonflement des parties malades recouvertes d'un exsudat très tenace (lèvres, joues, voûte palatine, langue). Ces lésions de la muqueuse se continuaient avec des lésions de peau, recouvertes de croûtes et fissures. Ces manifestations morbides survenant chez des enfants débiles, et quelquefois à la suite de la rougeole, ressemblaient étonnamment à des lésions diphthé-

ritiques et l'examen des fausses membranes a pu seulement caractériser la cause de leur production par l'existence du *staphylocoque aureus*, en grande quantité. Ces cas, disent les auteurs, sont rares, peu décrits et, faute d'examen bactériologique, difficiles à caractériser. J. Bergeron les avait observés déjà il y a longtemps, et tout récemment J. Comby avait décrit de semblables faits.

C'est encore là une page clinique du plus haut intérêt, et destinée à jeter un jour très vif sur l'étiologie des maladies pseudo-membraneuses.

A. G.

Sur un cas de sarcome de l'isthme du gosier et du pharynx, par HALLOPEAU. (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 9 juillet 1891, et *Progrès médical*, 11 juillet 1891.)

Tumeurs fort rares et d'un diagnostic difficile au début; le diagnostic de divers observateurs a été très variable : syphilis, lupus, amygdalite ulcéro-membraneuse ou herpétique, rhinoclérome, tumeurs fibreuses bénignes, lymphadénomes, épithéliomes, maladie nouvelle. C'est avec le rhinoclérome que l'analogie est la plus grande : les deux amygdales dégénérées étaient excavées en forme de croissant à concavité interne; leur dureté était cartilagineuse. Jeanselme a montré par des recherches bactériologiques qu'il ne s'agissait pas de rhinoclérome, et les examens histologiques de Cornil et de Jeanselme ont permis de reconnaître le sarcome.

A. G.

Papillome de la luette, par POTHERAT. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, mars 1891, p. 228.)

Tumeur d'aspect mûriforme observée chez une femme de 25 ans, ayant 2 centimètres de hauteur et 1 centimètre de base, appendue au bout de la luette et au bord libre du voile, se logeant facilement dans le pharynx et venant balayer la base de la langue, cause de fréquentes angines, mais ne déterminant ni nausées ni vomissements. La tumeur fut excisée facilement; mais l'auteur fait remarquer que les gargarismes ordonnés après cette opération sont inopportuns, car ils peuvent produire facilement des hémorragies.

A. G.

Un cas d'œdème aigu de la luette, par L. GALLIARD. (*France médicale*, 12 juin 1891.)

L'auteur décrit deux cas de ce genre, dont un seul suivi par lui a duré dix jours environ. La luette était œdématisée à un tel

point qu'elle masquait les parties environnantes ; le malade, un jeune homme, n'avait ni dyspnée, ni dysphagie, il n'a pas de fièvre. On constata aussi un peu de tuméfaction des amygdales et des piliers. L'état du larynx n'est pas cité. A. G.

Urticaire de la gorge. Son diagnostic, par LAVERAN. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 3 juillet 1891.)

Le Dr Laveran présente un malade de 30 ans qui, sujet depuis longtemps à des poussées d'urticaire, a eu brusquement de la dysphagie à son réveil ; la luette était énorme, ainsi que les amygdales, enfin le malade a une plaque d'urticaire sur la langue et des plaques disséminées sur la peau. La marche de ces accidents était très rapide. D'autres membres de la Société : Moutard-Martin et Rendu, citent des cas analogues, et Sevestre et Labbé ont vu des faits pareils après l'ingestion de moules. A. G.

Un cas de pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx, par AUDUBERT. (*Revue de Laryngologie*, 15 avril 1891.)

L'auteur a observé à la clinique du Dr Moure, sur une femme de 52 ans qui, à la suite de causes morales, eut des migraines et en même temps une éruption qui s'étendit successivement du pharynx aux fosses nasales et au larynx, éruption superficielle et pemphigofide. (Audubert n'emploie pas cette dernière dénomination). La peau fut aussi le siège de grandes pustules. Ces éruptions ne s'étendaient pas en profondeur. Après avoir discuté les différentes et nombreuses hypothèses diagnostiques que suggérait son cas, l'auteur crut devoir employer le traitement antisiphilitique et cela sans succès. L'éruption siégeait dans les fosses nasales, sur la cloison, au fond de la bouche près des grosses molaires, enfin au larynx, sur la corde vocale droite et à la face interne de l'aryténoïde du même côté sans grande altération de la voix, ni toux, ni douleur. A. G.

Phlegmon infectieux du pharynx, de l'œsophage et du larynx, mort, autopsie, par SAUVINEAU. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 105.)

Le malade, homme de 53 ans, est entré à l'hôpital huit jours avant le début des accidents qui a été constitué par de la dysphagie ; l'état actuel : gonflement et induration des régions sous-maxillaires et gonflement du pharynx, de la luette et des amygdales qui présentent des petits abcès miliaires, pas de collection rétro-pharyngienne. Les troubles laryngiens surviennent le jour

même (*mais malgré la facilité avec laquelle le malade ouvre la bouche, on ne tenta aucun examen laryngoscopique*), le malade succomba le lendemain. A l'autopsie, on constata de la suppuration diffuse et non collectée sous-musculaire, ainsi que de toutes les couches pharyngiennes, et des parties les plus superficielles de la muqueuse laryngienne; en dehors du pharynx, autour des amygdales et de la partie supérieure de l'œsophage on trouve aussi du pus en petite quantité. L'examen bactériologique du pus révéla la présence de nombreuses chaînettes et colonies de streptocoques et de staphylocoques blancs.

A. G.

Angine infectieuse, paralysie du nerf phrénique et du pneumogastrique, guérison, par H. RENDU. (*Société médicale des hôpitaux*, 28 mai 1891, p. 250 des *Bulletins*.)

Ce que Rendu appelle une angine infectieuse était un petit abcès rétro-laryngien qui finit par s'ouvrir, après avoir donné naissance à des symptômes inquiétants au bout de cinq jours de maladie. L'examen laryngoscopique ne fut pas pratiqué, il aurait pu révéler le siège exact de l'abcès dès le début de l'affection. L'intérêt de cette observation est dans l'apparition de troubles graves de la respiration et de la circulation, que l'auteur attribue avec raison au caractère infectieux de l'angine.

A. G.

Angine à pneumocoques, par H. RENDU et BOULLOCHE. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 21 mai 1891, p. 219.)

Les auteurs citent deux cas d'angine érythémateuse du voile du palais et des amygdales pour le premier et du voile, des amygdales et du pharynx pour le deuxième, contractés dans un milieu pneumonique et dans lesquels l'état général très grave était hors de proportion avec la lésion du gosier. A propos de cette présentation, Netter cite plusieurs types d'angines pneumococciques : un type suppuré, un type pseudo-membraneux (*tous deux hors de contestation*), un type folliculaire et enfin un type inflammatoire, érythémateux (*ce dernier décrit par Rendu*) ces deux derniers types très vraisemblables, doivent être accueillis avec réserve.

A. G.

Angine streptococcique, fusée purulente rétro-pharyng-œsophagienne s'ouvrant dans la plèvre droite, pleurésie purulente, empyème, mort, par V. HANOT. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1891, p. 232.)

La malade, jeune femme de 19 ans, entra à l'hôpital 15 jours

après le début de la maladie et atteinte de pleurésie purulente contenant des streptocoques. Cette maladie débuta par une angine violente du voile du palais et des amygdales. La malade succomba six semaines après son entrée à l'hôpital. On trouva à l'autopsie des petits abcès de l'amygdale contenant des streptocoques et une fusée rétro-pharyngienne œsophagienne, cause de la pleurésie purulente : Le larynx n'était pas intéressé contrairement à ce qui a lieu presque toujours en pareil cas ; aussi la malade n'eut-elle pas d'accidents de suffocation.

A. G.

Diphthérie et créosote. Médication préventive de la broncho-pneumonie après la trachéotomie, par SOUPAULT. (*Revue des maladies de l'enfance*, septembre 1891.)

L'auteur, interne d'un hôpital d'enfants (hôpital Trousseau), étudie dans ce mémoire la pratique de son maître Legroux sur les résultats heureux de l'administration de la créosote chez les petits diphthéritiques, soit avant, soit après la trachéotomie. Les recherches cliniques lui semblent avoir démontré qu'il est possible de guérir une broncho-pneumonie après l'opération, et les statistiques comparatives lui auraient fourni la preuve de l'efficacité de la méthode en général. L'auteur aurait eu près de la moitié de guérisons. Voici la formule de la médication : glycérine, 500 grammes ; rhum, 100 grammes ; créosote de hêtre pure, 10 grammes ; ce qui fait 0,30 de créosote par cuillerée à soupe ; dose chez les enfants malades, 2 à 6 cuillerées à soupe, suivant l'âge. Le traitement réussira d'autant mieux qu'il aura été appliqué avant la trachéotomie.

A. G.

Diphthérie du pigeon, par P. MÉGNIN. (*Société de biologie*, séance du 18 juillet 1891 ; *Bulletins*, p. 593.)

L'auteur, consulté par un éleveur de pigeons qui perdait invariablement tous ses pigeonneaux, quelque soin qu'il eût de désinfecter son pigeonnier, vit, à l'autopsie, des plaques épaisses blanchâtres dans l'œsophage ou le jabot qui empêchaient les aliments de descendre. Il découvrit que les parents étaient les auteurs de cette contagion en mêlant les aliments au moment du gavage au produit de petits grains, situés sous la muqueuse œsophagienne, que dans l'origine il prenait pour des follicules hypertrophiés. Mégnin trouva dans ces follicules ou tubercules le bacille caractéristique de la diphthérie, petit, lisse, à extrémité arrondie.

Cette forme de la diphthérie chez les pigeons adultes semble

compatible avec une bonne santé, et quelquefois ces tumeurs, en grossissant, font saillie au-dessous de la peau et peuvent s'éliminer spontanément.

Aussi faut-il sacrifier ces oiseaux quand leurs petits meurent constamment de la diphthérie. A. G.

Note sur la diphthérie aviaire; ses rapports avec la diphthérie humaine, par P. HAUSHALTER. (*Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1891.)

Étude expérimentale sur le mode de contagion de la diphthérie aviaire chez les oiseaux de basse-cour, de ces oiseaux à divers animaux, et la morphologie comparée du bacille aviaire et du bacille humain. Ce mode de contagion paraît s'exercer à la suite de l'altération de la muqueuse buccale; la maladie qui en est la suite semble être bénigne et de longue durée, sauf des cas assez rares. (*Nous ne parlons, bien entendu, que de l'altération expérimentale.*) La contagion ne s'exerce que d'une manière exceptionnelle chez certains quadrupèdes (chat, cobaye, lapin); le bacille aviaire ne ressemble pas au bacille humain, il n'est pas renflé aux extrémités, et ce dernier s'inocule assez facilement aux animaux qui sont réfractaires au bacille aviaire. Pourtant, il est incontestable que la diphthérie aviaire s'est propagée à l'homme, mais moins souvent qu'on ne l'a prétendu. Y a-t-il transformation en passant d'un terrain à l'autre, c'est là une question qui, actuellement, ne peut être résolue que par l'expérimentation. A. G.

Recherches sur le traitement de l'angine diphthérique par les injections interstitielles dans les amygdales, le voile du palais et les ganglions du cou, par NEPVEU. (*Mémoires de la Société de biologie*, 9^e série, t. III, 1891, p. 356.)

L'auteur a constaté les heureux effets des injections interstitielles de sublimé (3 à 4 gouttes d'une solution à 1 0/0) dans les amygdales et les ganglions du cou: il recommande aussi de ne pas faire de frictions trop violentes et de se contenter de lavages fréquents (toutes les demi-heures). Il ajoute aussi le récit d'expériences comparatives sur le degré d'antisepsie de divers liquides, et c'est au sublimé que l'expérimentation lui a permis de donner la préférence. A. G.

Angine couenneuse traitée et guérie par les injections sous-

cutanées de pilocarpine, par E. VIALLE. (*Actualité médicale*, 15 mai 1891.)

L'auteur cite le cas d'une enfant de 10 ans atteinte d'une angine couenneuse et dont la maladie dura une dizaine de jours environ, bien que ces injections (*dose de 1 centigramme de nitr. de pilocarpine*) aient été faites dès le début, et chez laquelle le traitement local fut appliqué avec rigueur. L'auteur suppose que le traitement amena la guérison, ce qui n'est pas prouvé, en raison de sa longue durée, et il croit pouvoir affirmer que le larynx a été épargné par suite de cette médication. A. G.

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse, par ELOY. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, nos 26, 27 et 29, 1891.)

Dans plusieurs longs articles, notre confrère et ami le Dr Éloy présente non seulement les diverses méthodes des auteurs les plus connus, mais il indique minutieusement, d'après son expérience personnelle, les médications les plus favorables et la manière de les employer. Cette étude est faite avec la rigueur la plus recommandable et mérite d'être lue intégralement. A. G.

Le champignon du muguet, par P. ACHALME. (*Gaz. des hôpitaux*, 25 avril 1891.)

Le muguet est une affection très commune, à propos de laquelle, et presque jusqu'à ce jour, nous avons accepté des idées aussi classiques qu'erronées. Ces erreurs apparaissent dans toutes les parties de la pathologie du muguet, description, pathogénie, évolution, anatomie pathologique, clinique et thérapeutique.

La description de Robin, état adulte ou mycélium et spores, n'est plus admise actuellement, cette différence de forme n'impliquant pas un ordre d'évolution.

Le milieu de culture est important à considérer au point de vue de la bonne description du parasite; ce sont les milieux solides qui doivent être préférés, et le meilleur, d'après Roux, serait la carotte cuite stérilisée en tubes; dans les milieux liquides, le champignon a une tendance à tomber au fond et le développement est incomplet, en raison de l'avidité du muguet pour l'oxygène. L'examen microscopique du muguet préparé dans ces conditions démontre que le bourgeonnement ou la scissiparité directe est l'unique mode de développement, qui ne

se produit jamais par sporulation. L'oxygène est indispensable à l'existence du muguet. Enfin, le milieu de développement n'est pas nécessairement acide comme le pensait Gubler. Les milieux alcalins ont donné sous ce rapport des résultats bien plus favorables. Pourtant il est incontestable que le milieu où se développe le muguet est acide, mais il est produit par l'alimentation lactée qui crée, par une fermentation préalable, un excellent terrain de culture pour le muguet et un très mauvais terrain pour les autres parasites de la bouche. Ce n'est donc pas le muguet qui crée l'acidité de la bouche ni la stomatite érythémateuse du début.

C'est presque toujours à la faveur d'un mauvais état général que se développe le parasite; c'est une observation admise par presque tout le monde.

Suit ensuite la description clinique des diverses localisations, bouche, pharynx, œsophage, larynx, bronches, estomac, intestin, cœur, sein, organes génitaux (*à cause du sucre*).

L'anatomie pathologique montre des altérations qui ne sont pas toujours à la surface, et l'existence du mycélium dans la profondeur et des spores au-dessus; enfin des recherches récentes ont montré la pénétration possible du parasite dans les vaisseaux, d'où son transport à certains organes, *le rein surtout*.

Les conséquences thérapeutiques sont que les alcalins ne doivent pas être employés, comme on le faisait généralement, car s'ils agissent quelquefois, ce n'est pas au titre chimique que l'on croyait: il faut donner la préférence aux antiseptiques maniables tels que l'acide borique ou le sublimé à des doses très faibles.

A. G.

Note préliminaire sur les effets physiologiques du suc extrait de la glande thyroïde, par E. GLEY. (*Bulletin de la Société de biologie*, p. 250, avril 1891.)

Ce travail est le récit d'expériences faites avec ce suc sur des animaux sains et des animaux thyroïdectomisés. Chez les premiers, rien de caractéristique n'a été observé, mais chez les seconds quand il eut injecté ce liquide, légèrement étendu d'eau, vingt-quatre heures après la thyroïdectomie, Gley vit les accidents consécutifs à cette opération, marche titubante, contraction violente de tous les muscles, polypnée, disparaître au bout de quelques minutes. Ces accidents, réapparaissant après vingt-quatre heures, étaient dissipés par une autre injection. L'auteur

fait remarquer que les injections ne doivent pas être faites trop tardivement et qu'elles peuvent être faites avec les sucs de corps thyroïdes d'animaux différents.

A. G.

Sur la toxicité des urines des chiens thyroïdectomisés, contributions à l'étude des fonctions du corps thyroïde, par E. GLEY. (*Bulletin de la Société de biologie*, p. 366, 1891.)

L'auteur a répété les expériences de Laulanié sur ce sujet, et il lui a semblé que les urines d'un chien thyroïdectomisé n'étaient pas aussi toxiques que cet auteur l'avait affirmé; en tout cas, cette toxicité ne se développe que peu à peu et Gley croit qu'elle est surtout l'effet des troubles profonds de la digestion causés par cette opération; il compare alors l'effet obtenu à celui que l'on constate à la suite des injections d'urine d'animaux inanitiés.

A. G.

Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des corps thyroïdes, par LAULANIÉ. (*Bulletin de la Société de biologie*, 15 mai 1891.)

L'auteur fait dans ce travail expérimental l'étude des causes qui provoquent les accidents consécutifs à la thyroïdectomie totale. La théorie vaso-motrice et la théorie hémato-poiétique lui semblent insoutenables, il adopte pour cette explication la théorie qu'il appelle sécrétoire; il croit à une intoxication du sang qui lui semble démontrée par les résultats des injections d'urine avant et après l'opération; la résorption de la bile lui paraît jouer dans ces cas un rôle prédominant qu'il cherche à prouver par l'examen des organes intestinaux qui sont remplis de cette sécrétion et par les lésions graves du foie et des reins; dans le foie il se produit une injection de sang extraordinaire suivie de destruction de cellules hépatiques; dans le rein, il a constaté une dégénérescence graisseuse très étendue de la substance médullaire.

A. G.

Innocuité de l'ablation du corps thyroïde et de la cause des accidents graves de la thyroïdectomie, par ARTHAUD et MAGON. (*Bulletin de la Société de biologie*, 9 juillet 1891, p. 548.)

Les expériences ont porté sur 7 animaux, 4 chiens, 2 lapins et 1 cobaye.

Trois chiens sur quatre ont succombé, et un lapin sur deux, le cobaye a survécu. Les accidents auxquels ont succombé ces animaux, lésions graves du foie, des reins, des poumons et

troubles nerveux ont pour cause, d'après les auteurs, une altération très sérieuse des *nerfs vagues* qui baignaient dans la supuration et étaient très altérés. Chez ceux dont la plaie a guéri sans cette complication, la survie a été très longue et indéterminée.

A. G.

Expériences sur la thyroïdectomie double, par QUINQUAUD.

(*Bulletin de la Société de biologie*, 9 juillet 1891, p. 550.)

Onze chiens ont été opérés. La survie a été de 4 jours à 23 jours dans 9 cas, et de 4 mois à 18 mois dans les deux autres. Les deux derniers ont succombé sans présenter les altérations notées à la suite de l'opération. Quant aux autres, ils ont présenté des altérations très variables qui ont été décrites à la suite de cette opération.

A. G.

Effets de l'extirpation du corps thyroïde, par E. GLEY.

(*Bulletins de la Société de biologie*, 9 juillet 1891, p. 55.)

Discussion des résultats des expériences des précédents auteurs, qui, pour Gley, sont sujettes à deux objections : la première, l'interprétation de la cause nerveuse, lésion du nerf récurrent, est très contestable; déjà présentée par d'autres expérimentateurs, cette explication a été réfutée et abandonnée; la deuxième, plus grave, est dans l'absence de recherche des glandes thyroïdes accessoires.

A. G.

Épithélioma du corps thyroïde, examen anatomo-pathologique,

par A.-H. PILLIET. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 56^e année, 5^e série, t. 5, p. 268.)

Ce qui intéressera nos lecteurs dans cette description, c'est l'état de certaines parties de cette tumeur après l'emploi des injections interstitielles de teinture d'iode. Chacune de ces injections avait formé des foyers étendus, grisâtres, dans lesquels on retrouve la trace de nombreuses hémorragies. Tous les tissus sont mortifiés et ni les travées conjonctives ni les cellules épithéliales ne fixent plus les réactifs dans les foyers. Il n'existe aucune trace de réaction ni d'accumulation de leucocytes à leur périphérie ou dans leur épaisseur; d'où l'on peut conclure à la tolérance absolue de la tumeur et à l'absence de suppuration; à leur voisinage, l'épithélioma est aussi végétant et aussi actif qu'ailleurs.

A. G.

Épithéliome kystique du corps thyroïde, par A. PILLIET.

(*Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, juin 1891, p. 357.)

L'auteur rapporte l'histoire d'un vieillard de 74 ans, qui suc-

comba, ayant une tumeur du corps thyroïde datant de 10 ans, et qu'à l'autopsie on trouva être constituée surtout par de l'épithéliome diffus et embryonnaire. Malgré cette forme maligne, il n'y eut pas de généralisation rapide de l'affection, il pense que cette anomalie est causée par l'enkystement de la tumeur. De plus, l'épithéliome serait ici le dernier stade d'une série de lésions, telles que la sclérose, l'adénome vrai, et l'épithéliome vrai. Ces différents états ne seraient que les différents anneaux d'une même chaîne. Cette vue c'est déjà trouvée confirmée par l'examen de l'épithéliome rénal, hépatique et de la glande surrénale.

A. G.

Thyroïdite à pneumocoques, par GÉRARD MARCHANT. (*Arch. intern. de laryng. de rhinol et d'otologie*, mai-juin 1891, p. 129.)

Femme de 67 ans, atteinte de 18 à 29 ans d'un goitre qui disparut au moment de la ménopause. En janvier 1891, atteinte d'une pneumonie, en février, atteinte d'une tumeur cervicale au niveau de la glande thyroïde et qu'un examen attentif fit reconnaître dépendant de cette glande. La malade entre en mars dans le service de Marchant. Le diagnostic un peu délicat entre une tumeur maligne et un abcès fut éclairé par la ponction.

Le pus verdâtre est recueilli avec soin dans une éprouvette, 99 gouttes sont retirées avec les précautions antiseptiques et examinées directement et après culture dans le bouillon peptonisé et l'agar-agar. Dans chaque préparation on trouve le pneumocoque, et l'inoculation aux souris confirme plus amplement la nature de l'abcès.

A. G.

Rapports du goitre simple avec la maladie de Basedow, par J. BRUHL. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin 1891.)

L'auteur, élève du professeur Debove, dans le service duquel il a observé ce fait, cite préalablement les observations de Lamy et celles de Lasvènes (*Thèse de Paris*, 1891) puis rapporte l'observation qui prétexte ce travail; la malade, âgée de 60 ans, avait son goitre depuis vingt ans, elle est incontestablement très névropathe: depuis deux ou trois ans, les symptômes du goitre exophtalmique se sont produits: l'exophtalmie, les palpitations, enfin, la dyspnée; cette femme, au moment de l'observation avait des symptômes graves d'affection cardiaque: sous l'influence du traitement, le goitre diminuait, puis l'exophtalmie, enfin, les palpitations; mais la mort survint dans l'état de cachexie cardiaque. Le goitre, examiné à l'autopsie, ne présente

plus d'autre altération que celle d'une vieille tumeur parenchymateuse sans vascularisation particulière. Nous ne rappellerons pas les autres détails de l'autopsie qui n'ont rien présenté de particulier au point de vue de la maladie de Basedow. L'auteur conclut, en présence de l'éventualité de cette complication, à la thyroïdectomie.

A. G.

Du goitre suffocant, par POTAIN. (*Bulletin méd.*, 24 juin 1891.)

Le professeur Potain a fait, à ce sujet, une leçon clinique à la Charité. Il s'agissait d'une femme qui, à la suite de grossesses successives, fut atteinte de gonflement du corps thyroïde qui disparaissait chaque fois avec la cause. Sous l'influence d'une vive émotion apparurent des accès d'oppression qui ne rétrocédèrent plus. La malade avait les signes d'une compression permanente de la trachée et d'une tumeur du médiastin supérieur et antérieur; quand on faisait tendre le cou et la tête, on faisait saillir la tumeur thyroïdienne, cause de ces accidents; mais, dès que survenaient des accès de dyspnée, la tumeur s'enfonçait davantage et venait comprimer la trachée; les efforts d'inspiration, en dehors des accès, augmentaient la dyspnée. Aucun appareil de prothèse ne peut soutenir le corps thyroïde et l'empêcher de comprimer la trachée, car cette variété de goitre, par sa petite taille, sa situation profonde, est d'un accès difficile à cette sorte de traitement. La thyroïdectomie semble au professeur le seul remède efficace.

A. G.

Malformation de l'œsophage, fistule œsophago-trachéale, congénitale, par GRANDOU. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1891, p. 71.)

Enfant nouveau-né chez lequel l'ingestion du lait ne pouvait se faire sans déterminer des vomissements et de l'asphyxie, la sonde œsophagienne ne pouvait passer. A l'autopsie, imperforation de l'œsophage à la partie supérieure au-dessous du cartilage cricoïde, puis cordon sans communication avec la partie supérieure du conduit, mais une injection pratiquée de bas en haut par l'œsophage permettait de voir une communication entre le conduit et la trachée.

A. G.

Œsophage perforé par une épingle. Mort par infection purulente, par DAGRON. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1891, p. 11.)

Six semaines après la déglutition du corps étranger, le ma-

lade ressentit les premiers accidents; douleur profonde de la gorge et frissons. Des abcès se formèrent à la partie supérieure du cou et furent ouverts sans amélioration. Le malade succomba après cinq à six jours de maladie, et, à l'autopsie, on trouva le corps du délit, *une épingle d'acier qui avait perforé l'œsophage et traversé un ganglion péritrachéal qui s'était hypertrophié et abcédé, d'où l'origine des accidents.* A. G.

Observations de gastrostomie, par F. TERRIER et LOUIS.
(*Revue de chirurgie*, avril 1891.)

Les auteurs rapportent cinq nouvelles observations de gastrostomie dans le cas de cancer de l'œsophage; ils tirent de leur pratique la conclusion suivante : l'opération faite en un temps par la méthode de Terrier, déjà rapportée dans ce recueil en 1891, est facile, bien tolérée par les malades et guérit assez rapidement, en faisant l'ouverture stomacale petite et en ne mettant pas d'obturateur dans la fistule on diminue les chances de sortie du suc gastrique; enfin, en faisant cette ouverture près du pylore, on rend encore plus difficile cette sortie du suc gastrique. Malheureusement le résultat de cette opération n'est pas brillant, les malades succombant rapidement. A. G.

Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par H. HARTMANN. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 117.)

La malade, une femme de 59 ans, survécut vingt jours. L'opération exécutée par Hartmann, élève de F. Terrier, en un temps, par la méthode de son maître, réussit très bien, mais malheureusement, dans ce cas, comme dans tous les autres (*sauf un seul*), la survie n'a jamais été longue. La gastrostomie n'est pas destinée à donner de brillants résultats dans le traitement du cancer de l'œsophage. A. G.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Lésions syphilitiques de l'antre d'Highmore, par P. SMURRA.
(*Archiv. internat. delle Specialita med. chir.*, 1^{er} juillet 1891, in *Medecine moderne*, 12 novembre 1891.)

La *Médecine moderne* analyse longuement ce mémoire, et

cette lecture n'a pas entraîné notre conviction sur la réalité du siège de cette lésion syphilitique. Pour affirmer cette localisation, l'auteur se contente d'une tuméfaction de la fosse canine, de la joue, de la muqueuse palatine et du passage du pus quand on appuie sur cette dernière à travers l'alvéole d'une dent disparue. Il n'est pas question de l'examen rhinoscopique antérieur; la rhinoscopie postérieure, qui aurait été pratiquée, n'a point donné les signes caractéristiques d'une lésion du sinus maxillaire; l'exploration de ce sinus n'a pas été faite par les moyens classiques habituels. En un mot, les deux observations qui font l'objet de ce mémoire me paraissent avoir établi une localisation très douteuse. Si j'ai discuté ce point, c'est en raison de la rareté extrême d'une affection de cette nature dans le sinus maxillaire. Nous admettons volontiers une syphilis du maxillaire supérieur, mais nous contestons la localisation qui fait le titre de l'observation.

A. G.

Un cas de rhinolithé, par SCHIFFERS. (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liège*, p. 393, novembre 1891.)

Le rhinolithé a été observé chez une femme de 40 ans; le calcul extrait en deux séances avec des instruments lithotritateurs était fort dur; il existait aussi plusieurs myxomes. Le nez était largement dilaté, et ses parois tapissées d'une couche épaisse et molle de masse blanchâtre qui fut expulsée facilement par une irrigation. L'affection existait depuis de nombreux mois et avait déformé le nez et produit une saillie au niveau du sinus droit. Signe : obstruction nasale, fétidité, céphalalgie, goût et odorat abolis. Après l'opération, guérison complète.

A. G.

Angine de Ludwig, par SCHIFFERS. (*Gazette médicale de Liège*, jeudi 6 août 1891.)

Notre collaborateur et ami, le professeur Schiffers, publie sur ce sujet une leçon clinique faite par lui à l'Université de Liège à propos d'un cas consécutif à une fièvre typhoïde. Le malade, arrivé aux dernières limites de l'amaigrissement, menacé de suffocation, dut son salut à l'évacuation du pus, provoquée par une opération sur la région hyoïdienne. L'auteur critique le nom d'angine, qui lui semble mauvais, comme à tous ceux qui ont écrit sur ce sujet, et il propose de lui donner la dénomination de *maladie de Ludwig*. Cette inflammation du plancher de la bouche et de toute la région sus-hyoïdienne est

la suite de concours très nombreux : maladies générales, ou affections buccales réagissant sur les ganglions, mais à condition que la muqueuse buccale soit traumatisée de manière à laisser passer les microbes divers générateurs du pus. C'est une opinion qui semble actuellement admise par tout le monde, en raison du caractère infectieux de la maladie, et qui nous semble avoir été surtout défendue, pour la première fois, par notre collaborateur, P. Tissier, dans une étude faite sur ce sujet, en 1886, dans le *Progrès médical*. Schiffrers décrit ensuite les caractères de l'affection, sa tendance, au début du moins, à l'unilatéralité et ses complications. Dans le traitement, il recommande la glace, les émissions sanguines, les injections interstitielles d'acide phénique à 2 0/0; le traitement intérieur devra être le plus tonique possible, et l'intervention chirurgicale devra être faite avec vigueur sitôt qu'on le pourra. A. G.

Corps étranger de l'œsophage, par SCHIFFERS. (*Annales de la Soc. médico-chir. de Liège*, p. 392, novembre 1891.)

L'auteur cite le cas d'un corps étranger (pièce de 2 francs), qui déterminait de la dysphagie et une angoisse sérieuse; on le reconnaissait à la palpation, mais on ne pouvait le voir. Le malade prit de la purée de pomme de terre et, le lendemain, de l'huile de ricin. Quatre jours après, le corps étranger fut expulsé. L'auteur, à propos de ce cas, condamne la pratique des vomitifs et recommande l'œsophagotomie externe quand le corps étranger est aigu et irrégulier. A. G.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

AMÉRIQUE

Nez.

Neurasthénie et névralgies consécutives à des traumatismes du nez, par W.-F. Chappell. (*N. Y. Acad. of Med.*, séance du 22 avril, in *N. Y. med. Journ.*, 28 juin 1890.)

Corps étranger ayant séjourné pendant vingt-cinq ans dans le nez, par Major. (*Med. chir. Soc. of Montreal*, séance du 16 mai, in *N. Y. med. Journ.*, 28 juin 1890.)

Traitement pour la cure radicale des polypes du nez, par E. Harrison Griffin. (*N. Y. med. Rec.*, 28 juin 1890.)

Anosmie, par J.-E. Rhodes. (*Illinois State med. Soc.*, 8 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 3 juillet 1890.)

Végétations adénoïdes du pharynx nasal, par W.-E. Casselberry. (*Illinois State med. Soc.*, 8 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 5 juillet 1890.)

Relation des affections des voies aériennes supérieures avec les réflexes du nez, par F.-H. Bosworth. (*N. Y. Acad. of Med.*, 1^{er} mai, in *N. Y. med. Journ.*, 3 juillet 1890.)

Resection sous-muqueuse du cartilage dans les déviations de la cloison nasale. Nouvelle opération, par J.-B. Roberts. (*Weekly med. Review*, 3 juillet 1890.)

Hypertrophies de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs du nez, par R. Cholewa. (*Arch. of Otolaryngology*, n^{os} 2 et 3, 1890.)

Un cure-dent dans le nez, par Hardie. (*North America Pract.*, juin 1890.)

Tumeurs de la cloison nasale, par F.-H. Hooper. (*Journ. of the respiratory Organs*, avril 1890.)

Etiologie et traitement du myxome nasal, par W.-C. Jarvis. (*Journ. of the respiratory Organs*, avril 1890.)

Anatomie du nez, par R.-C. Myles. (*Journ. of the respiratory Organs*, avril 1890.)

Importance du traitement préliminaire de la membrane muqueuse nasale avant de pratiquer les opérations, par C. Seiler. (Sect. d'Otol. et Laryng. *Amer. med. Ass.*, Nashville, 21 mai 1890.)

Importance des moyens chirurgicaux appliqués au naso-pharynx pour le traitement du catarrhe naso-pharyngien et de l'oreille moyenne, par C.-M. Richardson. (Section d'Otol. et laryng. *Amer. med. Ass.*, Nashville, 21 mai 1890.)

Hypertrophie lymphoïde de la voûte du pharynx, par J. Wright. (Sect. d'Otol. et Laryng. *Amer. med. Ass.*, Nashville, 21 mai 1890.)

Note sur les hémorragies nasales, par F.-H. Potter. (Sect. d'Otol. et Laryng. *Amer. med. Ass.*, Nashville, 21 mai 1890.)

Délocation du cartilage triangulaire. Opération pour sa guérison, par W.-A. Dunn. (*Journ. of Ophthal. Otol. and Lar.*, juillet 1890.)

Traitement chirurgical des affections nasales, par W.-E. Green. (*Journ. of Ophthal. Otol. and Laryng.*, juillet 1890.)

Un cas de rhinite membraneuse, par I. Cownsend. (*Journ. of Ophthal. Otol. and Lar.*, juillet 1890.)

Relation des affections nasales et des troubles oculaires, par E.-J. Bissell. (*Journ. of Ophthal. Otol. and Lar.*, juillet 1890.)

Deux cas de rhinosclérome, par W. Robertson. (*The Satellite of the Annual of the univ. med. Sc.*, juillet 1890.)

Suppuration de l'antre d'Higmore, par Moreau R. Brown. (*N. Y. med. Journ.*, 19 juillet 1890.)

Concrétion nasale, par W.-W. Parker. (*Richmond, Acad. of Med.*, 27 mai, in *N. Y. med. Journ.*, 19 juillet 1890.)

Tic douloureux résultant d'une exostose du septum nasal, par E.-M. Gillian. (*N. Y. med. Rec.*, 9 août 1890.)

Deux cas d'hydropnée nasale, par T. Melville Hardie, avec un complément sur les symptômes oculaires, par Casey A. Wood. (*N. Y. med. Journ.*, 6 septembre 1890.)

De l'emploi renouvelé de la douche nasale et des procédés similaires, par A.-H. Buck. (*N. Y. med. Rec.*, 6 septembre 1890.)

Hypertrophie des cornets du nez et ses conséquences, par C.-R. Weed. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Traitement chirurgical de l'hypertrophie des cornets postérieurs, par A.-E. Prince. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Nouvelle pince naso-pharyngienne, par F.-E. Raynor. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Un cas de cautérisation électrique du cornet moyen, suivi de méningite, par F.-J. Quinlan. (*N. Y. med. Rec.*, 13 septembre 1890.)

Traitement chirurgical de l'hypertrophie des cornets postérieurs, par W. Peyre Porcher. (*N. Y. med. Rec.*, 27 septembre 1890.)

Une simple substitution à la canule de Bellocq et aux autres méthodes pour contrôler l'épistaxis, par W.-W. Parker. (*N. Y. med. Rec.*, 4 octobre 1890.)

Coup d'œil au-delà du nez, par S. Solis Cohen. (*N. Y. med. Journ.*, 27 septembre 1890.)

Un cas de myxome naso-pharyngien chez un enfant de six ans, par A.-W. Mac Coy. (*N. Y. med. Journ.*, 27 septembre 1890.)

Un cas de fibro-sarcome de la fosse nasale droite, avec une histoire clinique inusitée, par C.-H. Knight. (*N. Y. med. Journ.*, 27 septembre 1890.)

Tissu adénoïde du naso-pharynx et du pharynx. Communication préliminaire, par H.-L. Swain. (*N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Quelques nouveaux instruments coupants pour le nez, par A.-T. Veeder. (*N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Relation des affections naso-pharyngiennes avec le catarrhe de l'oreille moyenne, par Emmet Welsh. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 6 octobre, et *Weekly med. Review*, 8 novembre 1890.)

Cautérisations nasales, par E.-R. Lewis. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Manifestations nasales et pharyngées de la syphilis, résultats et traitement, par J.-G. Carpenter. (*Amer. rhin. Ass. Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Hypertrophies nasales, par J. North. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Administration de la morphine par le nez, par C.-H. von Klein. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Réflexes du nez, par A.-B. Trasher. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 7 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Curette pour l'ablation des végétations adénoïdes, par E. Holden. (*N. Y. med. Rec.*, 8 novembre 1890.)

Toux d'origine nasale, par A.-B. Trasher. (*Weekly med. Review*, 1^{er} novembre 1890.)

Trois observations de fibromes du nez et du naso-pharynx, par I.-K. Merriek. (*Med. and chir. State faculty of Maryland, Cambridge*, 11 novembre, in *N. Y. med. Rec.*, 29 novembre 1890.)

Obstruction rétro-nasale chez les enfants, par J.-N. Mackenzie. (*Med. and chir. State faculty of Maryland, Cambridge*, 11 novembre, in *N. Y. med. Rec.*, 29 novembre 1890.)

Discours du président de la Société de Rhinologie américaine à Louisville-Ky, le 8 octobre, par A.-G. Hobbs. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, décembre 1890.)

Epithélioma du nez, par I.-H. Hance. (*N. Y. Acad. of Med.*, 10 novembre, in *N. Y. med. Journ.*, 13 décembre 1890.)

Une nouvelle opération pour les déviations de la cloison nasale. Observations, par M.-J. Ash. (*N. Y. med. Journ.*, 20 décembre 1890.)

Comment prévenir la « hay-fever », par A. Rixa. (*Therap. Gazette*, 13 janvier 1891.)

Manifestations nasales et pharyngées de la syphilis, résultats et traitement, par J.-G. Carpenter. (*Weekly med. Review*, 10 janvier 1891.)

La route de l'air respiré à travers le nez, par R. Kayser. (*Arch. of Otolaryng.*, janvier 1891.)

Le cautère électrique en chirurgie, et spécialement de son emploi dans le nez, la bouche et la gorge, par D.-H. Goodwillie. (*Med. Soc. of the State of N. Y.*, in *N. Y. med. Rec.*, 7 février 1891.)

Indications thérapeutiques et cliniques des affections du nez, de la gorge et du larynx, par J.-A. Terry. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Douche nasale modifiée, par F.-B. Kellogg. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

L'action des remèdes dans les affections du nez et de la gorge, par J.-B. Garrison. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Catarrhe nasal fétide, par H. Worthington Paige. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, janvier 1891.)

Expériences sur l'emploi de l'acide trichloracétique dans 200 cas d'affections du nez et de la gorge, avec démonstration d'instruments, par J.-W. Gleitsmann. (*N. Y. med. Rec.*, 14 mars 1891.)

Quelques points de la thérapeutique locale des affections du nez et de la gorge, par Wendell C. Phillips. (*N. Y. med. Rec.*, 11 avril 1891.)

Inflammation du sinus frontal gauche, par L. Bauer. (*Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Accidents dus à l'emploi de la douche nasale, par Bremer. (*Saint-Louis med. Soc.*, 28 février, in *Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, avril 1891.)

Ligature simultanée des deux carotides externes pour un myxosarcome du naso-pharynx, par Bryant. (*N. Y. surg. Soc.*, 28 février, in *N. Y. med. Journ.*, 11 avril 1891.)

Opération de Rouge pour l'ablation d'un séquestre nasal, par E.-H. Knight. (*Med. News*, 3 janvier 1891.)

Lupus du nez et de la gorge. Présentation de malades traités par la méthode de Koch, par C.-C. Rice. (*N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Rhinite croupieuse, par Greville Macdonald. (*Arch. of Otol.*, avril 1891.)

Traitement opératoire des sténoses nasales, par C.-E. Teets. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, avril 1891.)

Traitement d'une attaque aiguë de « hay fever », par I. Gluck. (*N. Y. med. Rec.*, 16 mai 1891.)

Notes sur l'aristol dans le traitement des affections du nez et de la gorge, par Wendell C. Phillips. (*N. Y. med. Journ.*, 23 mai 1891.)

Communication préliminaire sur le traitement de la rhinite atrophique (catarrhe sec) par l'ichthyol, par C. Phillips. (*N. Y. med. Journ.*, 16 mai 1891.)

Diète et exercice dans le traitement de l'inflammation simple chronique de la poitrine, du nez et de la gorge, par Mulhall. (*Saint-Louis med. Soc.*, 2 mai, in *Weekly med. Review*, 23 mai 1891.)

Electricité en chirurgie, spécialement dans les affections du nez, de la bouche et de la gorge, par D.-H. Goodwillie. (*N. Y. med. Journ.*, 6 juin 1891.)

Catarrhe naso-pharyngien ayant causé un catarrhe gastrique, par L. Fischer. (*N. Y. med. Rec.*, 13 juin 1891.)

Serre-nœud nasal modifié, par J. Wright. (*N. Y. med. Rec.*, 20 juin 1891.)

Déformations angulaires du nez corrigées par une opération sous-cutanée, par J.-O. Roe. (*N. Y. med. Rec.*, 18 juillet 1891.)

Affections polypoides des cavités nasales, par Gleason. (*Amer. Lancet*, juin 1891.)

Embryons d'oxyure dans le nez, par T. Proskauer. (*Arch. of Otol.*, n° 3, 1891.)

Traitement de la rhinite chronique, par K. von Ruck. (*N. Y. med. Rec.*, 1^{er} août 1891.)

Une nouvelle pince pour les végétations adénoïdes, par R.-C. Hodges. (*N. Y. med. Rec.*, 8 août 1891.)

Catarrhe du pollen. Fièvre des foin, par H.-F. Ivins. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, juillet 1891.)

Réflexes du nez et des dents, par I.-F. Casseday. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, juillet 1891.)

Chirurgie du nez et du naso-pharynx, par E.-B. Hooker. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1891.)

Etiologie et traitement de la rhinite atrophique, par J. Wright. (*N. Y. med. Rec.*, 15 août 1891.)

Une épingle à cheveux dans le nez, par J.-C. Roth. (*N. Y. med. Rec.*, 22 août 1891.)

Tumeurs du naso-pharynx, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, par W. Cheatham. (*N. Y. med. Journ.*, 15 août 1891.)

Deux cas de rhinite membraneuse, par J.-E. Newcomb. (*N. Y. med. Journ.*, 12 septembre 1891.)

Effets du traitement des affections des voies aériennes supérieures sur l'asthme, par F.-H. Bosworth (13^e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 22 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Papillomes du nez, par J. Wright (13^e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Un cas de tuberculose nasale supposée chez un singe, par E.-L. Shurly (13^e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, *N. Y. med. Journ.*, 7 novembre 1891).

Kyste du cornet moyen, par Ch.-H. Knight (13^e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891).

Diverses formes d'affections des cellules ethmoïdales, par F.-H. Bosworth (13^e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, *N. Y. med. Journ.*, 7 novembre 1891).

Traitement radical des myxomes du nez, par W.-E. Casselberry (13^e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre et *N. Y. med. Journ.*, 14 novembre 1891).

Un cas de larves dans les fosses nasales simulant l'érysipèle, par Brokaw. (*Saint-Louis med. Soc.*, 19 septembre, in *Weekly med. Review*, 26 septembre 1891.)

Les parfums dans la fièvre des foins, par J.-W. Stickler. (*N. Y. med. Rec.*, 10 octobre 1891.)

Une scie nasale universelle, par C.-A. Bucklin. (*N. Y. med. Rec.*, 24 octobre 1891.)

Emploi de la pyoctanine comme antiseptique dans les affections des voies aériennes supérieures, par R.-P. Lincoln. (*N. Y. med. Journ.*, 31 octobre 1891.)

Précautions à prendre quand on emploie la cocaïne dans la fièvre des foins, par J.-W. Stickler. (*N. Y. med. Journ.*, 31 octobre 1891.)

Pharynx et Varia.

Rétrécissement de l'œsophage, par E. Fletcher Ingals. (*N. Y. med. Rec.*, 5 juillet 1890.)

Traitement de l'amygdalite aiguë, par E.-H. Bidwell. (*N. Y. med. Rec.*, 5 juillet 1890.)

Diphthérie, par Raab. (*Saint-Clair county med. Soc.*, 5 juin, in *Weekly med. Review*, 5 juillet 1890.)

Hypertrophie glandulaire de la base de la langue, par A.-B. Trasher. (Section de Laryng. *Amer. med. Ass.*, Nashville, 20 mai 1890.)

Hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, par J.-E. Boylan. (Section de Laryng. *Amer. med. Ass.*, Nashville, 20 mai 1890.)

Salot dans l'amygdalite et la pharyngite aiguës, par J. Wright. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, août 1890.)

Observations sur le rhumatisme enveloppant les amygdales, par W.-H. Thayer. (*N. Y. med. Journ.*, 26 juillet 1890.)

Des rapports existant entre les amygdalites et le centre cérébro-spinal, par J. Richardson Parke. (*N. Y. med. Journ.*, 26 juillet 1890.)

Phlébite infectieuse consécutive à une amygdalite folliculaire, par J. Trumbull. (*N. Y. med. Rec.*, 9 août 1890.)

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par Kendel Franks. (*R. Acad. of Ireland*, 28 mars, in *N. Y. med. Journ.*, 16 août 1890.)

Note sur un trouble du goût après l'amputation de la langue, par F. Peterson. (*N. Y. med. Rec.*, 30 août 1890.)

Un cas d'hémiglossite phlegmoneuse, par C.-H. Knight. (*N. Y. med. Rec.*, 30 août 1890.)

Hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie, avec la description d'un amygdalotomie galvanocaustique, par J. Wright. (*N. Y. med. Journ.*, 30 août 1890.)

Traitement rapide des amygdalites, par A.-S. Hudson. (*N. Y. med. Rec.*, 27 septembre 1890.)

Hémorrhagie après l'amygdalotomie, par W.-H. Hall. (*N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Cancer du pharynx et de l'œsophage, par Kammerer. (*N. Y. Acad. of Med.*, 28 mai, in *N. Y. med. Journ.*, 20 septembre 1890.)

Un cas de tuberculose primaire du pharynx terminé par la guérison, par J.-W. Gleitsmann. (*N. Y. med. Journ.*, 11 octobre 1890.)

Hémorrhagie à la suite de l'amygdalotomie, par M. Thorner. (*Cincinnati med. Soc.*, 16 septembre, in *Cincinnati lancet Clinic*, 18 octobre 1890.)

Traitement de l'amygdalite par le veratrum viride, par W. Washburn. (*N. Y. med. Rec.*, 18 octobre 1890.)

Influence de l'hypertrophie tonsillaire sur les inflammations nasale et auriculaire; traitement, par T.-H. Stucky. (*Amer. rhin. Ass., Louisville*, 6 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Diphthérie des chats, par P.-C. Coleman. (*N. Y. med. Rec.*, 25 octobre 1890.)

Pharyngite épidémique aiguë, par J.-J.-E. Maher. (*N. Y. med. Rec.*, 1^{er} novembre 1890.)

Ulcération tuberculeuse de la langue, par C.-N. Dowd. (*N. Y. pathol. Soc.*, 28 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 15 novembre 1890.)

Infection pharyngienne supposée tuberculeuse, par W.-P. Northrup. (*N. Y. pathol. Soc.*, 28 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 15 novembre 1890.)

Hypertrophie tonsillaire, par T. Hilliard Wood. (*Tristate med. Ass.*, 15 octobre, in *N. Y. med. Rec.*, 15 novembre 1890.)

Un cas de maladie de Graves: hérédité apparente, par J. Rosenberg. (*N. Y. med. Rec.*, 29 novembre 1890.)

Pathologie de la diphthérie, par J. Eichberg. (*Weekly med. Review*, 20 décembre 1890.)

L'étiologie de l'amygdalite suppurée et son traitement chirurgical. Remarques concernant la prophylaxie des affections inflammatoires des amygdales, par C.-C. Rice. (*N. Y. med. Rec.*, 31 janvier 1891.)

Notes pratiques sur la prophylaxie et le traitement de la diphthérie, par F.-H. Peck. (*N. Y. med. Rec.*, 31 janvier 1891.)

Gas traités par la méthode de Koch à l'hôpital pour les maladies des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, février 1891.)

Tumeurs de la glande thyroïde, par Mc Burney. (*N. Y. surg. Soc.*, 26 novembre 1890, in *N. Y. med. Journ.*, 7 février 1891.)

Quatre cas de chancres syphilitiques de l'amygdale, par C. Szadek. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

I. Traitement de l'hypertrophie tonsillaire par l'acide chromique. — II. Hémorrhagies dangereuses et mortelles consécutives à l'ablation des amygdales, par A.-D. Williams. (*Saint-Louis Med. and surg. Journ.*, janvier 1891.)

Traitement de la pharyngite ulcéreuse et de la diphthérie, par D.-M. Blount. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, février 1891.)

Anatomie et physiologie des amygdales et leurs rapports avec l'absorption de matières infectieuses, par E. Hoenpfl. (*Amer. Journ. of med. Sciences*, mars 1891.)

Notes pratiques sur la prophylaxie et le traitement de la diphthérie, par R.-C. van Wyck. (*N. Y. med. Rec.*, 28 février 1891.)

Rétrécissement de l'œsophage par une affection interstitielle de ses

parois. Hypertrophie fibroïde, par J.-O. Roe. (*N. Y. med. Journ.*, 14 mars 1891.)

Extirpation d'un épithélioma pharyngien, par Lange. (*N. Y. surg. Soc.*, 14 janvier, in *N. Y. med. Journ.*, 14 mars 1891.)

Traitement des infiltrations syphilitiques des cavités pharyngées et nasales, par A.-H. Ohmann-Dumesnil. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, mars 1891.)

De certaines mesures hygiéniques dans le traitement des affections catarrhales des voies aériennes supérieures, par F.-H. Bosworth. (*N. Y. med. Rec.*, 4 avril 1891.)

Hypertrophie de l'amygdale pharyngée, par E.-F. Ingals. (*Med. News*, 21 mars 1891.)

Hémiatrophie linguale d'origine extra-cranienne, par H.-S. Birkett. (*Montreal med. Journ.*, mars 1891.)

Gorge de Grant (Grant's Throat), par C.-R. Early. (*Weekly med. Review*, 11 avril 1891.)

Etudes sur l'étiologie de la diphthérie. Seconde série, par T.-M. Prudden. (*N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Instrument pour traiter l'hypertrophie amygdalienne par l'électrolyse, par H.-L. Coit. (*N. Y. med. Rec.*, 18 avril 1891.)

Récents contributions à nos connaissances sur la diphthérie, par J.-L. Smith. (*N. Y. Acad. of Med.*, 12 mars, in *N. Y. med. Journ.*, 18 avril 1891.)

Chute d'un tube dans l'œsophage, par R.-F. Weir. (*N. Y. med. Journ.*, 25 avril 1891.)

Un cas de pharyngite chronique, par F. Lindley Hoag. (*Journ. of Ophth. Otol. Lar.*, avril 1891.)

Prophylaxie et traitement de la diphthérie, par J. Lewis Smith (42^e réunion annuelle de l'*Amer. med. Ass.*, Washington, 7 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 6 juin 1891.)

Rapport sur 35 cas de diphthérie pharyngée traités par des injections sous-membraneuses, par A. Seibert (42^e réunion annuelle de l'*Amer. med. Ass.*, Washington, 7 mai, in *N. Y. med. Rec.*, 6 juin 1891.)

Sarcome rétro-pharyngien, par F. Lange. (*N. Y. surg. Soc.*, 15 avril, in *N. Y. med. Journ.*, 4 juillet 1891.)

Traitement de la maladie de Graves, par W.-H. Draper. (*Pract. Soc. of New York*, 3 avril, in *N. Y. med. Rec.*, 11 juillet 1891.)

Un cas de rétrécissement congénital de l'œsophage, par G.-W. Crary. (*Soc. of the Alum. of Bellevue hosp.*, 5 novembre, in *N. Y. med. Journ.*, 11 juillet 1891.)

Un cas de gastrostomie (méthode de Hacker) pour rétrécissement infranchissable de la terminaison cardiaque de l'œsophage. Guérison. Dilatation consécutive au rétrécissement, par R.-F. Weir. (*N. Y. med. Rec.*, 25 juillet 1891.)

Angine de Ludwig, par E. Lippincott. (*Journ. of Ophth. Otol. and Lar.*, juillet 1891.)

Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'igni-puncture, par G.-I. Cullen. (*Weekly med. Review*, 8 août 1891.)

Épingle enclavée dans la paroi postérieure du pharynx, par A. Mac Shane. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, août 1891.)

Les amygdales à l'état normal et à l'état pathologique, par Harrison Allen (13^e congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, Washington, 22 septembre, 1891; *Amer. Jour. of the med. Sciences*, janvier 1892.)

Traitement sous-membraneux de la diphthérie, par A. Seibert. (*Amer. pediatric Soc.*, Washington, 23 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 26 septembre 1891.)

Une forme de mycosis pharyngien. Mycosis leptothrica, par J.-E. Newcomb. (*N. Y. med. Rec.*, 29 août 1891.)

Diphthérie dans les hautes altitudes, par W.-A. Jayne (8^e congrès de

l'Amer. clin. Ass., Washington, 25 septembre, in *N. Y. med. Rec.*, 3 octobre 1891).

Arête de poisson enclavée à la base de la langue, par A. Mac Shane. (*New-Orleans med. and surg. Journ.*, octobre 1891.)

Oesophagotomie pour l'extraction d'un dollar d'argent, par J.-T. Freeland. (*N. Y. med. Rec.*, 24 octobre 1891.)

Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par W. Meyer. (*N. Y. Acad. of Med.*, 12 octobre. in *N. Y. med. Rec.*, 24 octobre 1891.)

Gastrostomie pour un rétrécissement imperméable de l'œsophage. Guérison. Dilatation du rétrécissement, par A. Dixon. (*Mississippi valley med. Ass.*, 14 octobre, in *N. Y. med. Journ.*, 31 octobre 1891.)

ADDITION AU MÉMOIRE DU D^r LICHTWITZ

Dans une lettre que je viens de recevoir au moment de la correction des épreuves, M. Ziem, qui a certainement opéré le plus grand nombre des cas d'empyème du sinus maxillaire, me donne les détails suivants :

« J'ai ouvert en tout le sinus maxillaire 453 fois. Cinq fois seulement j'ai ouvert l'antre par la fosse canine et, dans tous les autres cas, par le rebord alvéolaire.

« Parmi les 168 cas dans lesquels l'ouverture a démontré l'existence de pus ou de muco-pus, 41 malades présentaient une affection double, soit 82 antres affectés (environ 50 0/0). »

NOUVELLES

Un des spécialistes les plus connus du monde entier, sir *Morell Mackenzie*, a succombé à Londres, le 3 février, à une attaque d'influenza, compliquée de bronchite et de pleurésie. Il était né en 1837, et avait fait ses études médicales à Londres, Paris et Vienne.

Sir *Morell Mackenzie* avait fondé, à Londres, un hôpital spécial pour les maladies de la gorge. Sa célébrité, auprès du grand public, date de l'année 1888, époque à laquelle il soigna l'empereur *Frédéric III*.

On doit à sir *Morell Mackenzie* de nombreux et très intéressants travaux sur ces maladies du larynx et du nez. Ces travaux, absolument classiques et très répandus, ont été traduits dans presque toutes les langues.

Les *Annales* avaient eu l'honneur de sa collaboration.

Nous lisons dans le *Sordomuto* :

MM. G. Baccelli, président général, et E. Maragliano, secrétaire général du Comité d'organisation du XI^e Congrès médical international qui se tiendra à Rome pendant l'automne de 1893, ont avisé les membres des diverses sections d'avoir à organiser leur travail scientifique. La *Laryngologie* et l'*Otologie* sont réunies dans la section XIII, et on a désigné pour ces spécialités les noms de seize membres.

On a imprimé et distribué les statuts et le règlement de la nouvelle *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie*, fondée à Sienne il y a quelques mois, lors du Congrès médical qui s'y tint. Les membres fondateurs sont déjà au nombre de 31.

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris.

Ordre du jour de la séance du 5 février :

Anatomie de l'oreille moyenne. 1^{re} Présentation de pièces. Coupes en

série, par CHATELLIER. — Quelques observations de papillômes du larynx chez des enfants; 2^e présentation d'instruments, par RUULT. — Hémianesthésie de la face et de la tête dans le cours d'une otorrhée, par GELLÉ (au nom de M. Roy, aide-major au 52^e de ligne).

On nous prie d'insérer la note suivante :

« Le samedi 30 janvier, M. le Dr Chervin, directeur de l'Institution des bégues de Paris, a fait à Lariboisière, dans le service de M. Raymond, une très intéressante causerie sur les symptômes diagnostiques du bégaiement proprement dit.

Un Congrès international de dermatologie et syphiligraphie se tiendra à Vienne, du 5 au 10 septembre 1892. Le Comité d'organisation est composé ainsi qu'il suit : J. Neumann, E. Lang, H. von Hebra, M. Mracek, J. Grünfeld (Vienne), F. J. Pick, V. Janowsky (Prague), E. Lipp (Graz), A. Jarisch (Innsbruck), A. Rosner (Cracovie), E. Schwimmer (Budapest).

Président : M. Kaposi, IX/2 Alserstrasse, 28; *secrétaire général*, G. Riehl, I/20; Bellariastrasse, 12, à Vienne.

En même temps que le second Congrès international dermatologique, le Comité d'organisation a entrepris l'arrangement d'une exposition dans les locaux de l'Université de Vienne, comprenant la pathologie et la thérapeutique des maladies cutanées et syphilitiques, de même que les articles se rapportant aux branches alliées, comme littérature scientifique, dessins, photographies, reproductions plastiques (moulages), préparations d'anatomie, d'histologie et de bactériologie; microscopes et autres appareils scientifiques; tous les articles pour le traitement des maladies cutanées et syphilitiques, instruments de chirurgie, articles de pansement, préparations chimiques et pharmaceutiques, etc., etc.

Nous invitons donc les intéressés à vouloir bien participer à cette exposition, et nous espérons une participation nombreuse.

Le ministère des finances autrichien a concédé le bénéfice du traitement d'annotation douanière contre l'obligation de réexportation jusqu'au 10 décembre 1892 pour les objets de provenance étrangère destinés à l'exposition. Le ministère a de même enjoint aux douanes de la frontière de diriger directement au bureau de douane central à Vienne les colis arrivant avec la désignation « H. Congrès international dermatologique à Vienne ». (*Moniteur des finances* du 15 septembre 1891, n° 31.)

La maison Schenker et C^{ie}, à Vienne, I., Zelinkagasse 14, s'est chargée de l'expédition des objets de l'exposition et enverra directement, sur demande, aux exposants, l'instruction pour l'expédition.

Les emplacements dans l'exposition sont gratuits, et chaque exposant

n'aura à payer que la somme de 4 florins v. a. (Francs 10.—) par mètre carré pour les frais d'installation, de surveillance, conservation, assurance contre l'incendie, etc. Les instituts scientifiques, de même que ceux revêtant un caractère officiel, sont dispensés même de ces derniers frais. Sur demande adressée à temps au Comité, ce dernier se charge de la fourniture d'armoires d'exposition, de même que de simples tables contre remboursement de ses propres déboursés.

Dans les déclarations d'adhésion sont à indiquer exactement : l'emplacement désiré, d'après la hauteur, longueur et largeur, de même si l'emplacement doit se trouver libre de tous les côtés, ou au pied de la paroi; l'extension désirée sur la paroi; enfin l'espèce et la forme des objets exposés.

Prière d'adresser toutes les correspondances concernant l'exposition à M. le Dr *Hans Heger*, Vienne (Autriche), I, Stefansplatz 8 a, qui a bien voulu se charger des travaux préliminaires pour l'arrangement de l'exposition. Le Dr Heger enverra, sur demande, des formules d'adhésion et donnera tous les renseignements désirés concernant l'exposition.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Hospice de la Salpêtrière. Service du professeur Charcot. Clinique otologique annexe (statistique de 1890), par GELLÉ. (Broch. de 56 pages, aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes. Paris, 1892.)

Les maladies de la gorge, du larynx et du nez. Réflexions sur les maladies traitées de 1887 à 1890, par G. CORRADI. (Extrait de la *Riv. Veneta di Scienze Med.*, 1891.)

Diagnostic des troubles relatifs à la perception des sons aigus et bas dans les maladies de l'oreille, par G. CORRADI. (Extrait de l'*Arch. Int. delle Spec. med. Chir.*, fasc. 16-17. Naples, 1891.)

Les maladies de l'oreille en rapport avec les affections nasales et l'hérédité. Note de G. CORRADI. (Extrait du *Sordomuto*, n. 10-11, 1891.)

Compte rendu de la section oto-rhino-laryngologique du XIV^e Congrès médical italien tenu à Sienne du 16 au 21 août 1891, par G. CORRADI. (Extrait du *Sordomuto*, n. 14-16, 1891.)

Diseases of the Throat, Nose and Ear (Maladies de la gorge, du nez et de l'oreille. Manuel clinique pour les étudiants et les praticiens, par P. MAC BRIDE. (Un vol. de 640 pages avec figures en couleur d'après des dessins originaux. Young J. Pentland, éditeurs, Edimbourg et Londres, 1892.)

La laringotomia inter-crico-tiroidea, par J. CISNEROS Y SEVILLANO. (Extrait du *Siglo medico*, 1892.)

L'otojatria e la rinolaringojatria a Berlino. Notes et propositions de V. NICOLAI. (Broch. de 10 pages. Tipog. del *Riformatorio Patronato*, via Quadronne, 42, Milan, 1892.)

Importance of nasal surgery and nasal therapeutics in the Treatment of aural catarrh. (Importance de la chirurgie et de la thérapeutique nasales dans le traitement du catarrhe auriculaire, par J. A. WHITE. (Extrait du *Virginia med. Monthly*, décembre 1890.)

De la kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyngienne, par L. COUETOUX. (Extrait des *Annales d'oculistique*, décembre 1891.)

Le Gérant : G. Masson.

